



**HAL**  
open science

# La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) : place et intérêt pour le pharmacien d'officine

Roch Raccosta

## ► To cite this version:

Roch Raccosta. La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) : place et intérêt pour le pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2021. hal-04042639

**HAL Id: hal-04042639**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042639>**

Submitted on 23 Mar 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ  
DE PHARMACIE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2021

---

FACULTÉ DE PHARMACIE

# THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 octobre 2021, sur un sujet dédié à :

**La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures  
d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) :  
Place et intérêt pour le pharmacien d'officine**

pour obtenir

**le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie**

par Roch RACCOSTA

né le 03/06/1991

## Membres du Jury

Président : Madame Brigitte LEININGER-MULLER, Professeur des universités

Juges : Monsieur Christophe WILCKE, Docteur en Pharmacie

Monsieur Julien GRAVOULET, Professeur associé, Docteur en Pharmacie

Madame Élodie CADET, Docteur en Pharmacie





UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ  
DE PHARMACIE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2021

---

FACULTÉ DE PHARMACIE

# THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 octobre 2021, sur un sujet dédié à :

**La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures  
d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) :  
Place et intérêt pour le pharmacien d'officine**

pour obtenir

**le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie**

par RACCOSTA Roch

né le 03/06/1991

## Membres du Jury

Président : Madame LEININGER-MULLER Brigitte, Professeur des universités

Juges : Monsieur WILCKE Christophe, Docteur en Pharmacie

Monsieur GRAVOULET Julien, Professeur associé, Docteur en Pharmacie

Madame CADET Élodie, Docteur en Pharmacie

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**FACULTÉ DE PHARMACIE**  
**Année universitaire 2020-2021**

**DOYEN**

Raphaël DUVAL

**Vice-Doyen**

Julien PERRIN

**Directrice des études**

Marie SOCHA

**Conseil de la Pédagogie**

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

**Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier**

Présidente, Béatrice DEMORE

**Commission Prospective Facultaire**

Président, Igor CLAROT

Vice-Président, Raphaël DUVAL

**Commission de la Recherche**

Présidente, Caroline GAUCHER

**Chargés de Mission**

**Communication**

Aline BONTEMPS

**Innovation pédagogique**

Alexandrine LAMBERT

**Référente ADE**

Virginie PICHON

**Référente dotation sur projet (DSP)**

Marie-Paule SAUDER

**Référent vie associative**

Arnaud PALLOTTA

**Responsabilités**

**Filière Officine**

Caroline PERRIN-SARRADO

**Filière Industrie**

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

**Filière Hôpital**

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

**Pharma Plus ENSIC**

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

**Pharma Plus ENSAIA**

Xavier BELLANGER

**Pharma Plus ENSGSI**

Igor CLAROT

**Cellule de Formation Continue et Individuelle**

Luc FERRARI

**Commission d'agrément des maîtres de stage**

François DUPUIS

**ERASMUS**

Mihayl VARBANOV

**DOYENS HONORAIRES**

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

**PROFESSEURS EMERITES**

Pierre LEROY

Philippe MAINCENT

Claude VIGNERON

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Claude BLOCK

Pierre DIXNEUF

Chantal FINANCE

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Alain NICOLAS

**MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES**

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

François BONNEAUX

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Dominique DECOLIN

Janine SCHWARTZBROD  
Louis SCHWARTZBROD

Marie-Claude FUZELLIER  
Françoise HINZELIN  
Marie-Hélène LIVERTOUX  
Bernard MIGNOT  
Blandine MOREAU  
Dominique NOTTER  
Francine PAULUS  
Christine PERDICAKIS  
Marie-France POCHON  
Anne ROVEL  
Gabriel TROCKLE  
Maria WELLMAN-ROUSSEAU  
Colette ZINUTTI

### **ASSISTANTS HONORAIRES**

Marie-Catherine BERTHE  
Annie PAVIS

## **ENSEIGNANTS**

Section CNU

\*

Discipline d'enseignement

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique et Epidémiologie</i>

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique, Audioprothèse</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Hématologie, Biologie cellulaire</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Eau, Santé, Environnement</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

### **MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Alexandre HARLE <sup>H</sup>	82	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Loïc REPPEL	82	<i>Biothérapie</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>

### **MAITRES DE CONFÉRENCES**

Xavier BELLANGER <sup>H</sup>	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT <sup>H</sup>	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND <sup>H</sup>	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN <sup>H</sup>	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Cédric BOURA <sup>H</sup>	86	<i>Physiologie</i>

Sandrine CAPIZZI	87	Parasitologie
Antoine CAROF	85	Informatique
Frédérique CHANGEY	87	Microbiologie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Natacha DREUMONT <sup>H</sup>	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAZ <sup>H</sup>	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS <sup>H</sup>	86	Pharmacologie
Reine EL OMAR	86	Physiologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER <sup>H</sup>	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD <sup>H</sup>	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT <sup>H</sup>	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD <sup>H</sup>	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN <sup>H</sup>	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER <sup>H</sup>	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Arnaud PALLOTTA	85	Bioanalyse du médicament
Marianne PARENT	85	Pharmacie galénique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Sophie PINEL <sup>H</sup>	85	Informatique en Santé (e-santé)
Anne SAPIN-MINET <sup>H</sup>	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Sabrina TOUCHET	86	Pharmacochimie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER <sup>H</sup>	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT <sup>H</sup>	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU <sup>H</sup>	87	Biochimie et Biologie moléculaire

#### **PROFESSEUR ASSOCIE**

Julien GRAVOULET	86	Pharmacie clinique
------------------	----	--------------------

#### **PROFESSEUR AGREGÉ**

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

<sup>H</sup> Maître de conférences titulaire HDR

\* *Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

# SERMENT DE GALIEN

**En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :**

**D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances**

**D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;**

**De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité**

**En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

**De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession**

**De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens**

**De coopérer avec les autres professionnels de santé**

**Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.**

**Que je sois couvert d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.**

« LA FACULTÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES, CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

## Remerciements

### **Aux membres du jury :**

A Mme Brigitte LEININGER-MULLER : pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury, je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements.

A M. Christophe WILCKE : pour avoir accepté de diriger ce travail, je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements.

A M. Julien GRAVOULET : pour avoir accepté de diriger ce travail, pour vos conseils et votre patience, et pour m'avoir apporté votre retour d'expérience quant à la création d'une ESP, je vous prie de recevoir mes plus francs remerciements.

A Élodie : pour avoir accepté de juger mon travail et pour m'avoir apporté ton retour d'expérience sur la vie d'une maison médicale sans statut et d'une pharmacie adhérente à une CPTS, merci énormément.

**A Mme VOIGNIER** : pour votre efficacité et votre patience : merci

**A ma famille, mes proches et à mes amis** : qui m'ont accompagné, aidé, soutenu, encouragé et surtout qui m'ont permis de me changer les idées tout au long de la réalisation de ce travail : merci, je vous revaudrais ça (promis).

**A tous ceux que j'ai pu côtoyer de manière professionnel** : merci de m'avoir tant appris et de m'avoir donné envie de poursuivre dans cette magnifique profession. Une pensée particulière à M. Alain BOETSCH qui a été mon premier employeur et qui m'a donné le goût du métier et l'envie de bien faire.

**A mes amis de la faculté, de France et de Navarre, à l'AAEPN, à la faluche et à toutes les institutions estudiantines** : merci d'exister pour rendre la vie étudiante bien agréable. On se reverra autour d'un médoc ! Vive la pharmacie et ZOB !

**Plus généralement à tout ceux qui ont apporté de la joie et du bonheur dans ma vie** : merci, j'espère pouvoir vous le rendre un jour.

**Enfin, et surtout, à ma muse, mon impératrice, ma déesse, ma petite chérie** : tout au long de ce travail, tu m'as subi, supporté, motivé, engueulé et encouragé. Sans toi je ne suis rien. Pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien, par ta simple présence, ton sourire, tes babas aux rhums et ton affection, du plus profond de mon cœur, je te remercie et te le rendrai. Mon amour, je t'aime plus que tout et pour toujours.

## Sommaire

Liste des abréviations et acronymes.....	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures.....	6
Liste des annexes.....	6
Introduction.....	7
Partie I : état des lieux et comparaison des différentes structures.....	9
1 La maison de santé pluriprofessionnelle : la MSP.....	9
1.1 Historique.....	9
1.2 Modalités de création et de fonctionnement.....	10
1.2.1 Finalité.....	10
1.2.2 L'équipe de la MSP.....	10
1.2.3 Le projet de santé.....	11
1.2.4 La structure juridique d'une MSP : la SISA.....	12
1.2.5 Le système d'information.....	13
1.2.6 Validation de la MSP par les instances et suivi de l'accord.....	14
1.3 Activités possibles au sein de la structure.....	15
1.3.1 Actions menées par la MSP.....	15
1.3.2 Exercice coordonné.....	16
1.4 Aides et financement.....	17
1.4.1 Les aides financières du FIR.....	17
1.4.2 Les rémunérations issues de l'ACI SSP.....	18
1.4.3 Les autres aides possibles.....	22
1.5 Obligation et contraintes.....	23
1.5.1 Obligations et contraintes liées à la MSP.....	23
1.5.2 Obligations et contraintes pour la rémunération des ACI :.....	23
1.5.3 Autres obligations et contraintes.....	24
1.6 Intérêt, avantage.....	24
1.6.1 Éventail d'actions menées.....	24
1.6.2 Exercice coordonné.....	24
1.6.3 Financement.....	25
1.6.4 Fonctionnement.....	25
2 l'équipe de soin primaire : l'ESP.....	26
2.1 Historique.....	26
2.2 Modalités de création et de fonctionnement.....	26
2.2.1 Finalité.....	26
2.2.2 Création.....	26
2.2.3 Le projet de santé.....	27
2.2.4 Forme juridique et fonctionnement.....	27
2.2.5 Validation par l'ARS.....	27
2.3 Activités possibles au sein de la structure.....	27
2.4 Aides et financement.....	28
2.4.1 Le FIR.....	28
2.4.2 Autres aides.....	29
2.5 Obligation et contraintes.....	29
2.6 Intérêts et avantages.....	30

3	La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).....	30
3.1	Historique.....	30
3.2	Modalités de création et de fonctionnement.....	30
3.2.1	Finalité.....	30
3.2.2	Création.....	31
3.2.3	La forme juridique:l'association loi 1901.....	34
3.3	Activités possibles au sein de la structure.....	35
3.3.1	Éventail d'actions possibles.....	35
3.3.2	Exercice coordonné.....	35
3.4	Aides et financement.....	35
3.4.1	Financements issus du FIR.....	35
3.4.2	Rémunérations prévues par l'ACI CPTS.....	35
3.4.3	Autres aides possibles.....	40
3.5	Obligations et contraintes.....	40
3.6	Intérêts et avantages.....	41
4	tableau comparatif des dispositifs.....	42
Partie II : retours d'expérience sur les différentes structures.....		45
1	Retour sur la création de la structure.....	45
1.1	Aides reçues lors de la création et aides reçues par la suite.....	45
1.2	Retour sur la création : difficultés, améliorations possibles.....	46
1.2.1	Difficulté au montage d'une SISA.....	46
1.2.2	Manque de contacts et d'accompagnement.....	46
2	Retour sur la vie de la structure.....	47
2.1	Actions menées et actions futures.....	47
2.1.1	Actions mises en places par les SSP.....	47
2.1.2	Exercice coordonné (protocoles nationaux).....	47
2.2	Relations au sein de la structure (entre les acteurs).....	48
2.3	Relations avec les autres acteurs de l'environnement de la structure.....	48
2.4	Perspectives d'évolution de la structure.....	48
2.4.1	Evolution avec une CPTS.....	48
2.4.2	Evolution en une autre structure: ESP/MSP.....	48
2.4.3	Evolution de la structure.....	49
3	Retour du pharmacien :.....	49
3.1	Place et rôle du pharmacien dans la structure.....	49
3.1.1	Le pharmacien et son expertise.....	49
3.1.2	La possibilité d'action du pharmacien.....	49
3.1.3	Le pharmacien et l'exercice coordonné.....	50
3.2	Intérêt (économique, relationnel, pharmacologique, ..).....	50
3.2.1	Intérêt économique.....	50
3.2.2	Intérêt relationnel.....	50
3.2.3	Intérêt pharmacologique.....	51
3.3	Satisfaction apportée par la structure.....	51
3.3.1	Satisfaction apportée par une CPTS.....	51
3.3.2	Satisfaction apportée par les maisons médicales, ESP et MSP.....	51
3.4	Perspectives d'évolution pour la pharmacie dans la structure.....	51
4	Autres points soulevés.....	52
4.1	Priorité aux CPTS.....	52
4.2	Taille des CPTS.....	52
4.3	Ruée vers les SSP : trop et trop vite.....	52
4.4	Le médecin au centre de l'ESP et surtout de la MSP.....	53

4.5 Le problème d'assujettissement à la TVA des pharmacies dans les MSP.....	53
Partie III : Place et intérêt du pharmacien dans les différentes structures.....	55
1 Place du pharmacien dans une SSP.....	55
1.1 Le pharmacien expert et force de proposition.....	55
1.2 Le pharmacien coordinateur.....	55
1.3 Le pharmacien acteur.....	56
1.3.1 Possibilité d'actions par rapports aux autres professionnels.....	56
1.3.2 Exercice coordonné.....	56
2 Intérêt du pharmacien à exercer dans une SSP.....	57
2.1 Intérêt économique.....	57
2.1.1 Issu des financements et rémunérations.....	57
2.1.2 Issu de l'augmentation d'activité.....	57
2.2 Intérêt pharmacologique.....	58
2.3 Autres intérêts.....	58
3 Applications aux différentes SSP.....	58
3.1 Application à la MSP.....	58
3.2 Application à l'ESP.....	59
3.3 Application à la CPTS.....	59
4 Conclusion.....	60
Partie IV : Guide d'aide à la décision pour intégrer ou créer une structure d'exercice coordonnées	
.....	61
1 Par où commencer.....	61
1.1 Les questions à se poser.....	61
1.1.1 Pourquoi.....	61
1.1.2 Avec qui.....	61
1.1.3 Quoi.....	61
1.1.4 Où.....	62
1.1.5 Quand.....	62
1.2 Constituer son équipe.....	62
1.3 Le projet de santé.....	63
2 Qui peut vous aider.....	63
2.1 L'ARS et la CPAM.....	63
2.2 PAPS.....	64
2.3 Les ordres, URPS et syndicats.....	64
2.4 Avecsanté.....	64
2.5 Autres.....	65
Conclusion.....	67
Références.....	69
Annexes.....	76

## Liste des abréviations et acronymes

ACI: accord cadre/conventionnel interprofessionnel  
ACI CPTS : accord conventionnel interprofessionnel relatif aux communautés professionnelles territoriale de santé  
ACI SSP : accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelle (MSP et CDS)  
ALD : affection longue durée  
AME : aide médicale d'état  
AP: auxiliaire paramédical  
ARS : agence régionale de santé  
ASIP-santé : agence des systèmes d'information partagés en santé  
BPM : bilan partagé de médication  
C2S : complémentaire santé solidaire  
CDS : centre de santé  
CMU-C : couverture mutuelle universelle complémentaire  
CNAM : caisse nationale de l'assurance maladie  
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie  
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé  
CSP : code de la santé publique  
CSTM : contrat de solidarité territoriale médecin  
DCGDR : direction de la coordination de gestion des risques  
DSDP : direction des soins de proximité  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ESP : équipe de soins primaires  
ETP : éducation thérapeutique du patient  
FEMAGE : Fédération de l'Exercice Coordonné et des Maisons de santé en Grand Est  
FFMPS : fédération française des maisons et pole de santé  
FIR : fond d'intervention régional  
FSS: financement de la sécurité sociale  
HAS : haute autorité de santé  
HPST: hôpital patient santé territoire  
HTA : hypertension artérielle  
IDE : infirmière diplômé d'état  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
MG: médecin généraliste  
MSP : maison de santé pluriprofessionnel ou pluridisciplinaire  
PAPS : portail d'accompagnement des professionnels de santé  
PDS: professionnel de santé  
PH : pharmacien  
PTA : plateforme territoriale d'appui  
QPV : quartier prioritaire de la ville  
RCP : réunion de concertation pluriprofessionnel ou pluridisciplinaire

RCSC: registre du commerce et des sociétés compétents  
RI : règlement intérieur  
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé  
SCI : société commune immobilière  
SCM: société civile de moyen  
SCP : société civile professionnelle  
SEC : structure d'exercice coordonné, peut également être dénommée par le terme : structure de santé pluriprofessionnel  
SEL : société d'exercice libérale  
SELARL: société d'exercice libérale à responsabilité limitée  
SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires  
SSP : structure de santé pluriprofessionnel ou pluri-disciplinaire, peut également être dénommée par le terme : structure d'exercice coordonné  
TROD : test rapide d'orientation diagnostic  
UNCAM : union nationale des caisses de l'assurance maladie  
URPS : union régionales des professions de santé  
ZAC : zone d'action complémentaire  
ZIC : zone d'intervention prioritaire

## Liste des tableaux

### Liste des tableaux

Tableau I: indicateurs de l'ACI SSP (14,58,59).....	19
Tableau II: tableau des rémunérations possibles des CPTS en fonction de leur taille (82,92).....	36
Tableau III: tableau de financement du fonctionnement des CPTS (82,92).....	36
Tableau IV: tableau comparatif des différentes SSP.....	42
Tableau V: tableau des SSP conseillées en fonction de l'intérêt principal recherché.....	61
Tableau VI: tableau des SSP possibles en fonction de la composition de l'équipe.....	61
Tableau VII: tableau des SSP possibles en fonction de la forme juridique souhaitée.....	62

## Liste des figures

### Liste des figures

Figure 1: circuit du traitement des demandes de contractualisation des MSP (105).....	14
Figure 2: étapes de création d'une cpts (103).....	31
Figure 3: interface de l'outil rézone cpts (67).....	33
Figure 4: tableau récapitulatif des rémunérations possibles issues de l'ACI CPTS(82).....	37
Figure 5: modalités de suivi du contrat des CPTS (82).....	38
Figure 6: délai de réalisation des missions socles des CPTS (82).....	39
Figure 7: modalités de rémunération d'une CPTS (82).....	40
Figure 8: carte des ESP du Grand-Est et de leur état de fonctionnement (104).....	53

## Liste des annexes

### Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux RETEX (retour d'expériences) de pharmaciens exerçant dans des structures de santé pluridisciplinaire.....	78
Annexe 2 : RETEX d'un pharmacien exerçant en MSP : Mme DINH pour la pharmacie du Château à Folschviller (57).....	79
Annexe 3 : projet de santé de la MSP du château, version 2019.....	88
Annexe 4 : RETEX d'un pharmacien exerçant en ESP : M. GRAVOULET pour la pharmacie Gravoulet à Leyr (54).....	105
Annexe 5 : RETEX d'un pharmacien exerçant en CPTS : Mme. CADET pour la pharmacie cantonale à Vic-sur-Seille (57).....	112

## Introduction

Depuis plus de dix ans, les professionnels de santé ont découvert la possibilité d'exercer en structure de santé pluriprofessionnel avec la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Ces structures ont été développées pour devenir des formes plus abouties et plus différenciées (on compte désormais plusieurs types de structures : MSP, ESP, CDS, CPTS). On observe ces dernières années un vrai boom de ces structures (qui ont quasiment doublé en 3ans) (1) notamment en raison du projet « ma santé 2022 » qui a pour ambition de doubler le nombre de structures opérationnelles (2) et de couvrir tout le territoire français de CPTS (3) et grâce à l'attractivité des rémunérations proposées (en 2019, les MSP adhérentes aux ACI ont reçu 63 537€ de rémunération en moyenne). (4)

Il s'agit là de nouveautés dans le système de santé français, qui ont énormément évoluées en quelques années (création des ESP et CPTS, modification des ACI,...) et qui sont encore vouées à subir plusieurs modifications dans les années à venir. (5)

Depuis plusieurs années, le pharmacien a vu ses missions évoluer, se moderniser et compléter ses offres de soin. On pense notamment aux entretiens pharmaceutiques, aux bilans partagés de médication (BPM), à la vaccination ou encore aux tests antigéniques. Ces missions ont eu comme impact premier de changer la vision des patients et des autres professionnels de santé qui ne perçoivent plus uniquement le pharmacien comme un dispensateur de médicaments. Dans les nouvelles structures de santé pluridisciplinaire (SSP), le pharmacien a également joué d'avancés, on pense notamment à la création du pharmacien correspondant ou aux dispensations sous protocoles. (6) (5)

Le pharmacien est et sera amené de plus en plus à exercer dans ce genre de structure. Fort de nouvelles missions, mais dans ce système encore balbutiant et en effervescence, on peut alors se demander quels sont et seront la place et l'intérêt du pharmacien dans ces structures.

Dans ce travail, nous étudieront dans une première partie les caractéristiques de ces structures. En expliquant notamment les modalités de création et de fonctionnement de chaque structure, les possibilités d'actions dans celles-ci ou encore les financements possibles. Nous détailleront également les avantages et inconvénients de chaque structure.

Dans un deuxième temps, nous reviendront sur l'expérience de plusieurs pharmaciens qui exercent dans de telles structures. Nous verront alors les difficultés traversées et la satisfaction apportée par celle-ci avant d'évoquer l'intérêt trouvé en exerçant dans ces structures.

En troisième partie nous confronterons la théorie de la première partie à la réalité constatée dans la deuxième partie pour en déterminer la place et l'intérêt du pharmacien à exercer dans chacune des structures étudiées.

Enfin, nous établirons, pour le pharmacien, un petit guide d'aide à la décision pour intégrer une structure pluridisciplinaire.



## **Partie I : état des lieux et comparaison des différentes structures**

Ce travail ne s'intéressera pas aux centres de santé (CDS), forme de structure très proche de la MSP mais où le professionnel de santé est salarié de la structure et où il est donc impossible pour le pharmacien, par essence, d'exercer.

Il ne pourra étudier en profondeur tous les protocoles nationaux d'exercice coordonné pour deux raisons : les nombreux changements en cours ou prochains (les protocoles actuels étant quasiment inutilisables), et la présence de l'excellent travail de thèse de M. Louis LAURENT qui s'intéresse déjà à l'exercice coordonné et notamment aux dispensations sous protocoles.

Beaucoup de changements législatifs s'opèrent lorsque je rédige cette partie (notamment quant à l'exercice coordonné et plus particulièrement concernant le pharmacien correspondant ou quant à la SISA) et les décrets d'applications ne sont pas encore publiés au moment d'achever cette partie de la thèse, tout changement ou nouveauté apparus après mars 2021 ne sera donc pas forcément inclus. Ce travail se basera sur le fonctionnement des structures dans le Grand-Est et peut donc inclure ou exclure des modalités particulières de fonctionnement.

### **1 La maison de santé pluriprofessionnelle : la MSP**

#### **1.1 Historique**

Bien que les premières formes de centres de santé aient apparu après guerre, comme reliquat des postes de soins polyvalents mis en place par les alliés entre 1944 et 1945, il fallut attendre les années 1970 pour voir se concrétiser les premières formes d'exercice en groupe pour les médecins de ville. Cet exercice vit son émergence avec l'augmentation du nombre de médecins libéraux utilisant la société civile de moyen (SCM) ou société civile immobilière (SCI) voire en SCP. Les deux premières structures permettent aux professionnels de mettre en commun leur moyen (cabinet, secrétariat,...) alors que la troisième structure leur permet également de partager la patientèle. (7) (8)

D'autres formes d'exercice pluriprofessionnel virent le jour (centre de santé intégré de Saint-Nazaire, groupements d'exercice fonctionnel,...) mais aucun ne perdurera, certains devant même faire face à de véhémentes critiques de la branche libérale des médecins. (7)

Plus tard, dans les années 1990, certains médecins ont recours aux sociétés d'exercice libéral (SEL) qui se développent alors très rapidement. Dans certains cas, notamment chez les spécialistes comme les radiologues ou les biologistes, ces sociétés prenaient de l'ampleur jusqu'à incorporer des dizaines de professionnels. (8)

C'est en 2008 avec la loi du financement de la sécurité sociale (FSS) et en 2009 avec la loi hôpital patient santé territoire (HPST) qu'apparaît officiellement pour les premières fois le concept de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). (9) (10) Les pouvoirs publics voient en ces structures une solution aux déserts médicaux et commencent timidement les premières aides financières principalement destinées aux zones rurales et désertifiées avec un objectif établi : 250 MSP (cet objectif sera accompli en 2013 avec 370 MSP). (11)

Mais c'est en 2011, avec la création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) que la rémunération des MSP prend son envol. En effet, la SISA est la forme de société capable de percevoir les rémunérations de l'assurance maladie et de les redistribuer à ses signataires. Les rémunérations des MSP par l'assurance maladie sont alors en expérimentation. (12)

Un règlement arbitral viendra valider ce mode de rémunération des MSP en 2015 : les MSP fonctionnent et les pouvoirs publics ont la volonté de les promouvoir (13)(14) (on compte alors près de 700MSP en France). (11)

En 2017, un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) réunissant 12 syndicats de professionnels de santé et l'UNCAM officialise le mode de rémunération des MSP qui augmente fortement. (14) On compte alors 910 MSP en fonctionnement et 334 en cours de réalisation. Dans cet accord, les pharmaciens sont reconnus et peuvent devenir membres d'une SISA. (8)

En juin 2021, on comptait 1889 MSP en fonctionnement et 366 en cours de création en France. (15)

## **1.2 Modalités de création et de fonctionnement**

### **1.2.1 Finalité**

Une MSP est une structure amenée à réaliser des actions de santé de 1<sup>er</sup> et second recours ainsi que des actions sociales sur une population donnée (sa patientèle). Elle a pour but :

- d'améliorer la santé en proposant des actes de qualité
- d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le parcours de santé en proposant notamment une offre de soins de proximité la plus complète possible
- de proposer une permanence des soins (des soins non programmés disponibles toute l'année et sur de larges amplitudes horaires).(16)(17)(18)

Pour le professionnel de santé, la MSP permet un exercice pluridisciplinaire avec des possibilités de rémunération de cet exercice. Elle permet une mise en commun des moyens toute en assurant une souplesse et une indépendance des professionnels dans leur exercice propre. (16) (17) (18)

### **1.2.2 L'équipe de la MSP**

Avant toute chose, la MSP doit constituer son équipe dont la composition minimale obligatoire est donnée par l'article L6323-3 du Code de la santé publique (CSP): 2 médecins généralistes et 1 professionnel paramédical. Elle ne peut comporter que des médecins, biologistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux. Il est à noter qu'aucune limite maximale n'est donnée quant au nombre de professionnels que peut inclure une MSP. (17)

Les auxiliaires médicaux pouvant composer une MSP sont ceux définis par les articles L4301-1 à L4372-2 du CSP, à savoir : infirmiers, masseurs – kinésithérapeutes, orthoprothésistes et pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens. (17)(19)

### 1.2.3 Le projet de santé

Une fois son équipe constituée, celle-ci doit rédiger son projet de santé. Ce projet de santé doit être le reflet du fonctionnement souhaité de la structure, mais doit également traduire ses enjeux de santé. C'est pourquoi il est conseillé aux professionnels, avant de rédiger le projet de santé, de réaliser un diagnostic territorial de santé. Pour cela, il faudra analyser :

- les offres de soins déjà présentes sur le territoire
- les besoins en santé de la population touchée

Pour ce faire, il est possible d'utiliser l'outil rézone cpts (cf 3.2.2 de cette partie)

Il conviendra également de discuter plusieurs points nécessaires et utiles à la création et au bon fonctionnement de la MSP comme :

- les actions de coordination menées et à mener entre les différents professionnels la constituant et les moyens utilisés (ou à mettre en œuvre) pour y parvenir
- les améliorations que ces actions peuvent ou pourraient avoir et un système de mesure des objectifs atteints et de leur impacte sur l'environnement de la MSP. (20)(14)

Cette analyse est primordiale pour pouvoir proposer le projet de santé le plus cohérent et adapté possible. En effet tous ces points doivent être discutés en amont, car le projet, pour être recevable par l'ARS doit au minimum:

- décrire les membres de la MSP
- définir les populations ou pathologies prioritairement ciblées
- détailler l'organisation des professionnels dans la structure (formations, accueil de stagiaires, management, concertation... )
- définir l'organisation la prise en charge des patients (offres de soins, permanence de soins...) et l'intégration de celle-ci avec les offres de soin déjà présentes sur le territoire (continuité de soins, coopération avec d'autres professionnels ou structures...)
- déterminer les modalités de l'exercice pluriprofessionnel (protocoles mis en place, les systèmes d'information...)
- déterminer des actions à mener pour améliorer la santé des patients (en spécifiant les populations cibles) et répondre aux problématiques de santé du territoire, décrire les actions innovantes menées ou en projet (télémédecine, protocoles de coopération pluridisciplinaire...)
- décrire les moyens d'évaluation de la portée des actions menées (amélioration des soins, du parcours de soin...).(20)(14)

Le projet est commun à toute l'équipe de la structure et doit être validé par l'ARS pour permettre la dénomination de MSP. Comme les besoins du territoire et des patients changent avec le temps, et le projet étant intrinsèquement lié à la population et à l'offre de soin du territoire, celui-ci peut être amené à être modifié auquel cas il faudra à nouveau le faire valider par l'ARS. (20)

Il est à noter que le projet de santé peut être signé par tout professionnel qui souhaite s'impliquer dans la MSP, pas seulement ceux-là composant, ainsi il est possible pour certaines professions d'être

inclus dans ce projet sans avoir la possibilité d'être associé de la MSP. Ainsi peuvent notamment signer le projet les secrétaires médicales, les psychologues ou les préparateurs en pharmacie.

#### **1.2.4 La structure juridique d'une MSP : la SISA**

Une fois le projet de santé rédigé (ou parallèlement à sa rédaction pour abréger les délais de constitution de la MSP), les professionnels de santé doivent créer une SISA. (20)

##### **Pourquoi une SISA**

Afin de pouvoir recevoir les subventions issues de l'ACI, la MSP doit se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires ou SISA. On note que la MSP peut être organisée et recevoir ces subventions avant d'avoir constitué la SISA, auquel cas les signataires de la MSP doivent s'engager à former la SISA dans les 6 mois. Ce délai a été accordé afin de pouvoir recevoir les avances de subventions, prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (ou ACI MSP), sans pénaliser les MSP avec le temps pris pour le montage d'une SISA, et donc afin de pouvoir lancer le projet le plus rapidement possible. Pendant ce délai, la MSP peut se constituer en association loi 1901 qui est une forme juridique simple et rapide à mettre en place et qui permet de percevoir des aides (cf 3.2.2 de cette partie). (14)(17)(20)(21)(12)(22)

De plus la SISA permet aux professionnels de facturer des activités d'exercices coordonnés et de mettre en commun leurs moyens tout en garantissant l'exercice de chaque professionnel en son nom propre, c'est-à-dire en toute indépendance par rapport aux autres praticiens. (14)(17)(21)(12)

##### **La constitution de la SISA**

La SISA est une société civile qui doit au minimum inclure 2 médecins généralistes et 1 auxiliaire paramédical (dont la liste est donnée par les articles L4301-1 et suivants du CSP). Ces professionnels sont alors les associés de la SISA et membres de la MSP. Tous les membres de la MSP ne sont pas forcément associés de la SISA, ceux qui ne sont pas associés sont alors simplement signataires du projet de santé de la MSP et peuvent à ce titre percevoir des rémunérations via la SISA. (21)(12) (22)

La société devra rédiger des statuts et un règlement intérieur (RI) (le RI n'est pas obligatoire, mais fortement conseillé) pour se constituer. Elle devra également être immatriculée au registre du commerce et des sociétés compétents (RCSC). Elle devra également faire valider ses statuts par les différents ordres des PDS. Il est recommandé de passer par un professionnel pour être accompagné lors de la création de la SISA (un expert-comptable par exemple) en raison de la complexité du dossier et du choix à effectuer quant au type de SISA (à capital fixe ou variable). Une telle constitution revient à environ 1500-2500€. (23)(24)(25)(26)(27)(22)

Le ministère des Solidarités et de la Santé a réalisé un guide de la SISA disponible sur leur site et reprenant tous les points importants. (22)(28)

## **Le fonctionnement de la SISA**

Le fonctionnement de la SISA se fait conformément à ses statuts et à son RI. Les statuts de la société doivent obligatoirement inclure :

- nom, prénom, adresse, numéro d'ordre ou (si pas d'ordre) la justification d'exercer, la profession (ou titres et spécialités si pas de profession) de chaque associé
- forme, objet et dénomination de la société
- durée pour laquelle elle est constituée
- l'adresse du siège de la société
- nature et évaluation de chacun des apports effectués par les associés
- le montant du capital et la répartition des parts de la société
- les modalités de fonctionnement de la société avec règles de désignation des gérants et le mode d'organisation de la gérance
- les conditions d'exercice en commun (messagerie, réunions, logiciels...)

De plus, le projet de santé est obligatoirement annexé aux statuts, ce qui fait que chaque signataire du projet de santé figure dans les statuts de la SISA, ce qui permet leur rémunération. (29)(30)

Les professionnels associés ou signataires de la SISA peuvent très bien exercer leur art en utilisant d'autres sociétés comme les SCI ou les SCM pour la gestion de leur exercice personnel.

La SISA peut également inclure une SCI ou même une association loi 1901 dans ses statuts. La SCI pouvant être un atout pour la gestion du patrimoine immobilier de la MSP alors que l'association peut permettre d'inclure plus facilement (sans modification des statuts de la société) un grand nombre de professionnels de santé signataires ou non du projet. Cela peut permettre entre autres l'intervention de PDS qui ne sont pas signataire du projet de santé de la MSP. Ces derniers peuvent facturer alors leurs prestations à cette dernière (comme ça peut être le cas pour des psychologues notamment). (23)(24)(25)

### **1.2.5 Le système d'information**

Pour que la MSP fonctionne, tous les professionnels la constituant doivent pouvoir échanger facilement et librement tout en garantissant la protection des données des patients. C'est pourquoi, ils doivent mettre en place un système de messagerie sécurisée labellisé ASIP (agence des systèmes d'information partagés en santé) et commun à tous les professionnels de la structure. (14)

En plus de ce système de messagerie, tous les signataires de la MSP devront utiliser un logiciel d'information commun et suivant les mêmes exigences. Les professionnels peuvent trouver une liste de ces logiciels sur le site internet de l'agence du numérique en santé. (31)(32)

C'est un point qui pose souvent problème étant donné que peu de logiciels sont compatibles avec toutes les professions (un seul pour la pharmacie) et que la plupart du temps, chacun a déjà ses habitudes de travail. Une alternative peut alors être de laisser un poste vacant au siège de la MSP, poste qui pourra être utilisé par tout signataire de la MSP et de compléter ce dispositif par un système d'échange sécurisé des plus rapides et efficaces. (31)(32)

## 1.2.6 Validation de la MSP par les instances et suivi de l'accord

### Validation de la MSP

Enfin, pour que la structure obtienne le label de MSP, elle doit être validée par l'ARS et la CPAM. Pour cela, les professionnels de la structure devront constituer un dossier et le transmettre à l'ARS.

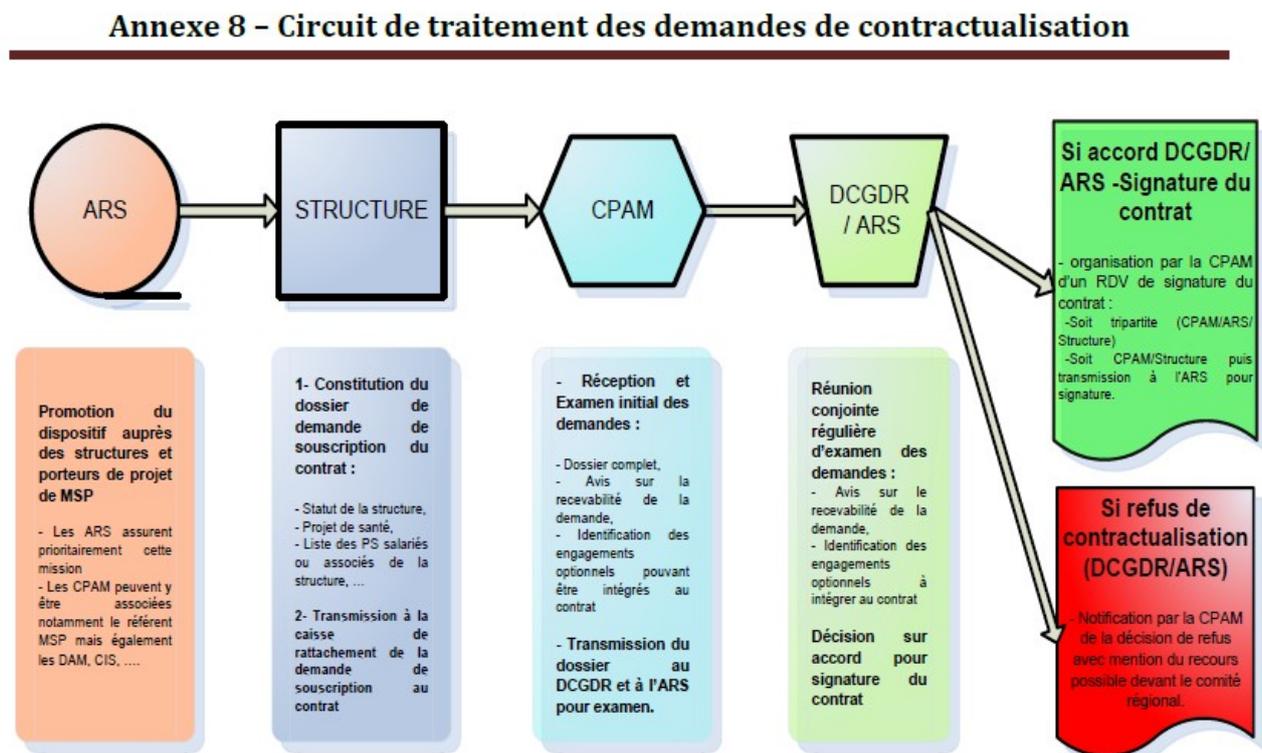


Figure 1: circuit du traitement des demandes de contractualisation des MSP (105)

Tout d'abord, la MSP devra constituer son dossier d'accréditation, pour cela elle doit fournir :

- les statuts de la SISA (ou une attestation d'engagement en SISA sous un délai de 6mois) s'il y en a une
  - le projet de santé
  - la liste des professionnels de santé associés de la structure (ou de la future structure si la SISA n'est pas encore constituée)
  - la liste des professionnels de santé non associés, mais signataires du projet de santé
  - la liste des professionnels exerçant des vacations
- avec pour chaque professionnel : nom, prénom, numéro d'assurance maladie, numéro RPPS, profession (et spécialité) exercée.

Ce dossier devrait être transmis à la CPAM du département accueillant le siège de la MSP. Celui-ci sera analysé par la CPAM et s'il est recevable, il sera transmis à la direction de la coordination de gestion des risques (DCGDR) et à l'ARS pour examen.

Si le dossier est validé, une réunion sera organisée entre la CPAM, l'ARS et les représentants de la MSP pour signature du contrat tripartite expliquant les engagements de chacun.

S'il n'est pas validé, la MSP recevra une notification de refus avec les mentions de recours possible ; à savoir la saisie de la commission paritaire régionale des SSP. (16)(33)

### **Suivi de l'accord**

L'ACI est suivi par une commission paritaire nationale des SSP. Cette commission est composée de membres de la CNAM et des représentants des professions médicales signataires de l'ACI.

Elle vérifie que l'accord est respecté au niveau national, rédige les annexes et avenants de l'ACI, créer des modèles d'évaluation des MSP (de l'impact des actions, mais aussi des besoins de la population). Elle surveille également le nombre de contrats signés et l'évolution de ce nombre. Enfin, elle effectue le suivi et l'évaluation de l'accord en déterminant les paramètres d'évaluation de la rémunération des MSP via cet accord. (14)

Chaque année, cette commission devra établir un point de situation de l'ACI.

Il existe également une commission régionale qui, en plus de vérifier le respect de l'accord au niveau régional, et de suivre le nombre de contrats, elle peut donner son avis sur les éventuelles difficultés à mettre en place des contrats conclus. Enfin cette commission peut être saisie par une MSP non retenue pour signature de contrat ou en cas de résiliation d'un contrat si celle-ci est le fait de l'ARS ou de la CPAM. (14)

### **Résiliation du contrat**

En effet, la MSP ou une des instances cosignataires du contrat, peuvent décider de résilier le contrat. Il peut s'agir d'une fin de collaboration ou d'un non-respect du contrat par exemple.

La résiliation a pour principal effet de ne plus permettre de rémunération via l'ACI (d'aucune manière que ce soit) et de générer le remboursement des avances versées. (14)

## **1.3 Activités possibles au sein de la structure**

### **1.3.1 Actions menées par la MSP**

Les professionnels de la MSP peuvent effectuer des actes de premiers recours (tel que définis à l'article L. 1411-11 du CSP) et de deuxième recours (tel que définis à l'article L. 1411-12 du CSP). Il s'agit là des activités normales des professionnels de santé la composant. Mais il peut également s'agir de protocole de transfert des compétences mis en place dans la MSP (cf 1.3.2 de cette partie).

Pour rappel les actes de 1<sup>er</sup> recours incluent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le suivi des patients
- la dispensation, le conseil pharmaceutique

- l'administration des médicaments et autres produits de santé
- l'éducation pour la santé
- l'orientation des patients dans le système de soins (34)

Les actes de second recours sont ceux réalisés par des médecins spécialistes.

En outre, la MSP peut participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé qui seraient mises en place par celle-ci ou une autre structure.

Enfin, la MSP peut réaliser des actions sociales si celles-ci entrent dans le cadre de son projet de santé. (17)(18)

C'est alors tout un panel d'actions qui sont possibles pour les MSP, de la distribution de produits d'hygiène au dépistage de diabète de type II en passant par des programmes d'éducation à la vaccination ou à la promotion du sport chez les enfants. La largesse possible permet à la MSP de mettre en œuvre des actions susceptibles de toucher le plus grand nombre de ses patients.

### **1.3.2 Exercice coordonné**

#### **Pharmacien correspondant**

Un patient peut désigner un pharmacien comme pharmacien correspondant auprès de la sécurité sociale. Ce pharmacien peut alors renouveler et ajuster les posologies des traitements de ce patient.

Pour que ce processus soit possible, certains prérequis sont nécessaires :

- le médecin traitant du patient et le pharmacien désigné sont membres de la même SSP (ESP, CDS, MSP ou CPTS)
- le projet de santé de cette structure décrit les paramètres d'informations du prescripteur dans le cas d'un renouvellement et d'une adaptation par le pharmacien
- le pharmacien désigné est le pharmacien titulaire de l'officine (qui peut être aidé dans sa tâche par un autre pharmacien de l'officine si le patient donne son accord)
- l'ordonnance du médecin comporte une mention autorisant expressément le pharmacien à renouveler et/ou à modifier les posologies du traitement du patient (il peut autoriser le renouvellement, l'adaptation ou les deux, il peut également décider d'autoriser ces actes sur une partie du traitement seulement )
- la pharmacie dispose d'un local de confidentialité
- tous les renouvellements de l'ordonnance (comptant ceux du pharmacien) ne dépassent pas la limite de 12 mois de traitement. (35)(35)(36)

#### **Protocoles nationaux**

Ces protocoles rendent possible le transfert de compétences au sein des signataires du projet de santé d'une MSP. Ils permettent ainsi à un professionnel de santé (IDE, kinésithérapeute ou pharmacien) de réaliser des actes normalement réservés à un autre professionnel (le médecin généraliste).

Il existe aujourd'hui 6 protocoles nationaux dans le cadre des SSP :

- prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute
- prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute
- prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine
- prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine
- prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine
- renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine

Dans chaque décret autorisant un protocole, est annexé la fiche projet et un descriptif du processus issu de l'HAS. Ces documents détaillent tous les paramètres de l'acte, mais également ses prérequis (locaux où l'acte sera réalisé, formations du délégué, conditions d'information du délégant ...). Il est à noter qu'un prérequis nécessaire à tous ces protocoles et la mise en place d'un outil commun d'information ainsi que l'adhésion à l'ACI. (37-51)

### **Autres protocoles**

En plus de ces protocoles nationaux, les structures adhérentes à l'ACI peuvent créer leurs propres protocoles. Ceux-ci devront détailler toutes les notions de qualité et de sécurité mises en place (informations du délégant, du patient, formation du délégué, paramètres de l'acte...).

Ces protocoles doivent être rédigés par les professionnels de santé puis envoyés à l'ARS qui transmet ces protocoles à la HAS et au comité national des coopérations interprofessionnelles. Ces instances pourront valider ou non le protocole, voire lui octroyer une rémunération.

Par la suite, si l'une des instances qui ont validé le protocole juge que celui-ci ne remplit plus les conditions de sécurité ou de qualité, elle pourra le stopper. (47,48)

## **1.4 Aides et financement**

### **1.4.1 Les aides financières du FIR**

#### **Le FIR MSP**

Les ARS disposent d'enveloppes de financements qu'elles peuvent distribuer via le fond d'intervention régional (FIR). Les ARS décident de la répartition de ces subventions selon les plans régionaux et locaux de santé, en fonction des axes définis comme prioritaires sur leur territoire. (52-54)

Les MSP peuvent prétendre à ces aides du FIR, notamment des aides au fonctionnement de la MSP. (55)

En 2020, dans le Grand Est, c'est près de 4 163 000€ de subventions qui ont ainsi été reversés pour aider Les MSP, avec :

- 526 000€ pour le soutien aux fédérations de MSP (notamment de la FEMAGE) qui sont entre autres en charge de la promotion et de l'accompagnement de l'exercice coordonné
- 1 432 000€ directement reversé aux MSP pour leur développement (programme « starter »)
- 765 000€ pour le développement des structures (subventions partagées entre toutes les formes de SSP)
- 1 440 000€ pour le développement de MSP universitaire et urbaines (56)

En 2021, ce financement a encore été vu à la hausse puisque 4 886 260€ ont été reversés pour les MSP du Grand Est. En effet de nombreux projets d'ouverture voient le jour et de plus en plus de MSP bénéficient des aides du FIR. (57)

Ces financements ont été pensés pour lancer les projets de MSP, c'est la rémunération issue de l'ACI qui doit prendre le relais. Le but de l'ARS est ainsi de permettre le fonctionnement des MSP jusqu'à leur adhésion à l'ACI avec un objectif clef : 100 % des MSP rémunérées grâce à l'ACI d'ici 5 ans. (56)

D'autres objectifs clairs en ressortent : inclure les MSP dans les CPTS, développer des MSP dans les milieux qui en sont pauvres (le milieu urbain), promouvoir la démarche qualité ou encore pérenniser la fonction de coordinateur dans les MSP en en faisant un poste à part entière. (56)

### **Les autres aides du FIR dont peuvent bénéficier les MSP**

En plus des aides propres aux MSP, chaque médecin généraliste démarrant son exercice peut demander des subventions du FIR au titre de l'aide à l'installation. Il peut ainsi recevoir 25 000€ à 50 000€ selon la notion de besoin urgent du territoire. En contrepartie, le médecin devra s'engager auprès de l'ARS (temps minimum d'exercice, zone d'implantation, permanence de soins...). C'est ainsi 862 000€ qui ont été versés pour le Grand Est en 2020. (56)

Il existe également de nombreux programmes de santé publique qui peuvent être financés par le FIR. Il convient alors de se rapprocher de son ARS pour savoir s'il existe de tels programmes réalisables dans la structure.

### **1.4.2 Les rémunérations issues de l'ACI SSP**

#### **Les indicateurs**

D'après l'ACI MSP, une rémunération par la CPAM est possible en fonction de la réalisation d'objectifs ou indicateurs. On distingue 3 types d'indicateurs :

- les indicateurs « socles et prérequis » obligatoirement atteints pour débloquer toute subvention
- les indicateurs « socles » utilisés pour le calcul de l'avance de rémunération
- les indicateurs « optionnels » permettant une rémunération plus complète

Ces indicateurs sont répartis en plusieurs axes d'action :

- accès aux soins
- travail en équipe et coordination
- système d'information

Tableau I: indicateurs de l'ACI SSP (14,58,59)

axe	type d'indicateur	libellé court
Axe 1 : accès aux soins	socles et prérequis	horaires d'ouverture soins non programmés missions de santé publique
	optionnels	offrir une diversité de soins médicaux spécialisés, de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 1 offrir une diversité de soins médicaux spécialisés, de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2 consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1 consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2 accueil des médecins intervenant dans le cadre d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) mettre en place des outils mesurant la satisfaction des patients
Axe 2 : travail en équipe et coordination	socle et prérequis	fonction de coordination
	socles optionnels	protocoles pluriprofessionnels concertation pluriprofessionnelle formation des jeunes professionnels coordination externe
Axe 3 : système d'information	socles et prérequis optionnel	système d'information niveau standard système d'information niveau avancé

### Calcul de la rémunération

Chaque indicateur réalisé donne un certain nombre de points, le point étant rémunéré 7€. selon les indicateurs, il existe plusieurs modes d'obtention de ces points:

- la rémunération fixe qui octroie un nombre déterminé de points à l'atteinte de l'objectif
- la rémunération variable qui octroie un nombre de points en fonction du nombre de patients ayant déclaré un des médecins de la MSP comme médecin traitant (patientèle de référence), du nombre de professionnel de santé signataire du projet ou encore d'autres variables
- la rémunération hybride incluant plusieurs de ces formes de rémunération.

Par exemple, la rémunération de l'indicateur "protocoles sanitaires" est fixe et fonction du nombre de protocoles rédigés. Ainsi la MSP gagne 100 points (soit 700€) par protocole mis en place avec un maximum de 8 protocoles comptés pour la rémunération soit  $8 \times 100 = 800$  points (ou 5600€) au maximum.

Tandis que pour l'indicateur « travail en équipe » le calcul de la rémunération est hybride. En effet :

- points fixes : 700 points fixes sont accordés pour l'atteinte de l'objectif
- points variables : 1350 points sont octroyés par tranche de 4000 patients jusqu'à une patientèle de référence de 8000 patients, au-delà 1000 points sont octroyés par tranche de 4000 patients. (14,58,59)

Chaque indicateur ne peut bénéficier que d'une seule rémunération par la CPAM à la fois, ainsi si certains objectifs sont rémunérés autrement (accord, contrat, convention...) par la CPAM, ils ne feront pas partie du calcul de la rémunération de cette MSP dans le cadre de l'ACI MSP.

À savoir qu'une SISA peut au maximum percevoir 76 000€ annuel de rémunération de l'ACI.(22)

À titre informatif, pour une MSP comprenant 16 professionnels de santé et avec une patientèle de référence de 4000 patients, la rémunération possible est de :

- 54 250€ si elle remplit 100 % des indicateurs « prérequis » et « socles »
- 54 250 + 18 900 = 73 150€ si elle remplit 100 % des indicateurs. (60)

La description détaillée de chaque indicateur est disponible dans le « guide méthodologique ACI – structures pluriprofessionnelles » et le « guide des indicateurs ACI pour la rémunération des structures pluriprofessionnelles » de la CNAM. Ces guides sont disponibles sur le site de l'assurance maladie, ils reprennent et expliquent pour chaque indicateur:

- s'il est prérequis (obligatoire pour déclencher la rémunération), socle (utilisé pour le calcul de l'avance de rémunération) ou non
- dans quel axe il s'inscrit
- les objectifs à atteindre
- la rémunération possible (avec le système de calcul de celle-ci)
- les pièces justificatives à produire pour bénéficier de la rémunération. (58,59)

### **Majoration de précarité**

L'ACI prévoit une majoration de la rémunération des MSP qui accueillent beaucoup de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) (ancienne CMU-C) ou de l'aide médicale d'état (AME). Cette majoration est équivalente au taux de patients CSS ou AME supérieur à la moyenne et est limitée à 25 %. (14)

Ce taux est calculé comme suit :

$$\text{majoration} = (\text{taux de patients CSS de la structure} - \text{taux national de CSS}) \\ + \\ (\text{taux de patients AME de la structure} - \text{taux national d'AME})$$

Toutefois si la structure a un taux de patients CSS et/ou AME inférieure à la moyenne nationale, cette donnée ne sera pas prise en compte. (14)

## **Déclencher la rémunération**

Pour pouvoir débloquer les subventions prévues, la MSP doit obligatoirement atteindre tous les indicateurs « socles et prérequis », à savoir :

- « horaires d'ouverture et soins non programmés »
- « fonction de coordination »
- « système d'information niveau standard »

Une exception est prévue si le système d'information utilisé par la MSP vient de perdre son accréditation (accordé par l'ASIP Santé), la rémunération peut tout de même être perçue (lors l'année civile de la perte d'accréditation et l'année suivante, seulement si les autres indicateurs socles et prérequis sont atteints). (14,58,59)

De plus, lors des deux premières années de contrat de la MSP, la rémunération est déclenchée dès qu'elle remplit deux des trois indicateurs socles et prérequis et une rémunération minimale de 20 000€ (par année complète) est garantie à la structure. (14)

Pour déclencher la rémunération, la MSP doit également être constituée en SISA. À noter qu'un délai de 6 mois avec preuve d'engagement des signataires à se constituer en SISA est accordé afin de permettre à la structure de lancer au plus vite les projets qui nécessiteraient un financement rapide. Ce délai a été accordé en raison du temps nécessaire pour monter une SISA et pour ne pas retarder le bon fonctionnement de la MSP. (14,22)

Une autre condition pour le déclenchement de cette rémunération est la justification, par la MSP auprès de la CPAM, de l'atteinte des différents indicateurs tel que prévu dans l'ACI SSP. (59)

Enfin, pour que cette rémunération soit possible, la MSP doit signer un contrat avec la CPAM, en accord avec l'ACI SSP. Un contrat type est disponible en annexe de cet ACI et explique les différents points de calcul et les paramètres de perception de cette rémunération. En outre, la structure doit produire des justificatifs pour chaque objectif atteint et doit les transmettre avant le 31 janvier de l'année suivant l'année de référence. (14)

## **Modalités de rémunération**

Les subventions de la CPAM sont versées en deux fois. En effet un dispositif d'avance est prévu par l'accord. Ainsi une première somme est versée avant le calcul des rémunérations, elle représente 60 % de la rémunération obtenue par la MSP si celle-ci remplissait entièrement tous les indicateurs « socles », à savoir

- « horaires d'ouverture et soins non programmés »
- « fonction de coordination »
- « protocoles pluri-professionnels »
- « concertation pluri-professionnelle »
- « système d'information niveau standard »

Lors de la première année, cette avance est obtenue dans les 3 mois suivant la signature du contrat. Les années suivantes elle est versée en même temps que le solde de la rémunération de l'année N-1.

Il est à noter que la rémunération minimale d'une jeune MSP étant de 20 000€, celle-ci recevra alors, au minimum, 12 000€ (60 % de 20 000€) d'avance pour une année complète (la MSP percevant une part équivalente au prorata de sa date d'adhésion au contrat). (14,58,59)

Le reste de la rémunération, le solde, est versé au plus tard le 30 avril de l'année N pour les indicateurs atteints et l'avance perçue dans l'année N-1 :

(solde perçu l'année N) = (total des rémunérations dues au titre de l'année N-1) – (avance reçue l'année N-1)

Si après calcul de la rémunération d'une MSP, celle-ci a reçu une avance supérieure à la rémunération totale qu'elle devrait percevoir. Alors la MSP devra rembourser tout ou une partie (selon la rémunération calculée) de l'avance perçue à la CPAM et ce avec un délai de 2 mois après notification de l'assurance maladie. (14)

### **Cas particulier de la permanence des soins**

Normalement toute rémunération issue de l'ACI et reversée à la SISA est utilisée au bon vouloir de la SISA. Cependant, pour permettre une permanence des soins non programmés, les rémunérations réalisées à ce titre sont à verser aux professionnels accomplissant l'indicateur. Ceci dans le but de lui permettre une rémunération juste sans perte financière. (14,58,59)

#### **1.4.3 Les autres aides possibles**

L'ARS peut vous aider à financer l'étude de faisabilité de votre MSP. (61)

De nombreuses instances locales proposent des financements sous bien des formes (aides à l'installation, allègement de charge, mise à disposition de local...) aux professionnels de santé notamment ceux souhaitant se regrouper en SSP. Ces aides locales sont le plus souvent octroyées là où il manque le plus de professionnels de santé et où faire venir des acteurs de santé est de plus en plus dur. (62)

Les collectivités locales peuvent également être d'une aide utile lors de la constitution de la structure (connaissance de l'environnement, contacts avec l'ARS..).

De même, les syndicats des professions médicales et les URPS peuvent vous aider à la création du projet en mettant à votre disposition de nombreux guides, fiches et autres cahiers thématiques. Ils permettent également une revue de l'actualité, le domaine de l'exercice coordonné étant en constante évolution, il est facile de passer à côté de nouvelles informations utiles. (63–65)

Enfin l'association avenir des équipes coordonnées (AVECsanté) (anciennement fédération française des maisons et pôles de santé ou FFMPS) permet également de vous aider et de vous accompagner dans votre projet. (66)

L'outil « rézone cpts » est un outil informatique développé pour l'aide au diagnostic territorial d'une CPTS, mais il peut s'avérer très utile pour la création ou le développement d'une MSP. (cf 3.2.2 de cette partie). (67)

## **1.5 Obligation et contraintes**

### **1.5.1 Obligations et contraintes liées à la MSP**

La première contrainte est celle du nombre et de la qualité des professionnels pour créer une MSP. En effet, pour être constituée, une MSP doit obligatoirement comporter 2 médecins généralistes et 1 auxiliaire paramédical. Contrainte qui rend dépendant des médecins tout professionnel de santé qui souhaiterait créer une MSP. (16,17,19)

Une MSP a également une obligation de forme juridique pour percevoir les rémunérations de l'assurance maladie, la SISA, qui malgré les guides et fiches d'aides disponibles sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé, reste compliquée à créer si l'on n'est pas expert. (12,14,21) À savoir que la SISA doit obligatoirement comprendre plus d'associés que de salariés réalisant des actes de premiers et seconds recours. (12,29-31)

Pour être labellisé, son projet de santé doit être validé par l'ARS. La MSP doit donc rédiger un projet de santé complet et cohérent avec sa composition et sa patientèle. Un contrat tripartite doit être signé avec la CPAM. Ce qui implique, entre autres, l'utilisation d'un outil informatique commun. Pour l'heure il n'existe qu'un outil informatique qui peut être utilisé par tous les professionnels (y compris les pharmaciens) : « chorus ». Une possibilité est de laisser un poste libre au siège de la MSP que chaque professionnel peut utiliser, mais cette situation implique des lieux d'exercices rapprochés, que le local reste accessible et génère une perte de temps énorme. (32)

La forme de la SISA empêche quant à elle de nombreux professionnels d'être associés. Ainsi une pharmacie ne peut être associée d'une SISA, en cause l'assujettissement à la TVA qui n'est pas déterminé. (26,27)

### **1.5.2 Obligations et contraintes pour la rémunération des ACI :**

Pour pouvoir prétendre aux ACI, la structure doit remplir les conditions nécessaires aux indicateurs prérequis. Elle doit donc, en plus d'utiliser un logiciel commun, mettre en place une permanence des soins non programmés et une certaine amplitude horaire d'ouverture. En effet l'ACI prévoit une permanence de 8h à 20h en semaine plus le samedi matin (sachant qu'un minimum de 8h d'ouverture par jour est toléré). Cette permanence (que ce soit horaire ou de soins non programmés) n'est pas à assurer par un seul membre de la MSP, mais oblige celle-ci à mettre en place un emploi du temps clair et élargi spécifié dans la charte d'engagement de la structure. (14,58,59)

Une autre contrainte des ACI est la présence d'un coordinateur. C'est-à-dire une personne signataire du projet de santé de la MSP qui assure un rôle de coordination au sein de la structure et avec les instances extérieures. Bien que ce rôle est souvent assuré par l'un des professionnels de santé de la MSP, dans les plus grosses structures il est conseillé d'engager une personne pour effectuer cette mission. (14,58,59)

### **1.5.3 Autres obligations et contraintes**

Si la MSP bénéficie de FIR, alors il y aura également les contraintes liées à ce mode de financement. En effet, chaque programme peut supposer des conditions particulières pour permettre un financement. À titre d'exemple, un médecin souhaitant bénéficier du FIR pour l'installation devra obligatoirement exercer pendant 5 ans sur la même zone et dans la même structure. Il devra également participer à la permanence de soins de son secteur et ainsi exercer au moins 8 demi-journées par semaine. (56,57,68)

Il en va de même pour chaque financement qui nécessite très souvent des contreparties des professionnels de santé.

## **1.6 Intérêt, avantage**

### **1.6.1 Éventail d'actions menées**

Le principal intérêt d'une MSP est son éventail d'actions possibles. En effet, celle-ci peut mettre en place toute action de 1<sup>er</sup> recours, de 2<sup>e</sup> recours et des actions sociales (à condition qu'elles s'inscrivent dans le projet de santé). En effet les actions possibles rendent la prise en charge d'un problème total : de la prévention jusqu'au suivi des mesures correctives.

La possibilité d'actions sociales est un atout d'attractivité qui permet d'augmenter la visibilité des actions menées par la MSP auprès de populations qui ne vont pas forcément souvent chez le médecin (populations jeunes, précaires...). Et peut ainsi être une porte d'entrée pour toutes ces personnes qui initieraient une prise en charge.

### **1.6.2 Exercice coordonné**

La manière de mener ces actions de manière coordonnée permet aux professionnels de santé de toujours avoir un appui au sein de la structure, de ne jamais rester seuls face à un problème. On pense notamment aux RCP, réunions qui permettent des prises de décisions collégiales sur des problèmes particuliers.

Les nouveaux exercices coordonnés sont également un atout qui permet d'améliorer la permanence des soins et de faciliter le parcours du patient. En effet les protocoles nationaux qui permettent de déléguer certains actes permettent au patient d'être pris en charge rapidement et de manière pluridisciplinaire tout en garantissant sa sécurité et son suivi par son médecin traitant. Il en est de même pour le nouveau protocole de pharmacien correspondant qui permettrait un renouvellement de traitement en l'absence du médecin traitant.

Toutes ces actions possibles sont un réel atout pour le professionnel de santé qui peut ainsi exercer de manière coordonnée, avec tout un panel d'outil à sa disposition pour prendre en charge le mieux possible son patient. Elles sont également un atout pour le patient qui bénéficiera de toutes ces actions qui améliorent sa santé, son accès au soin et qui facilitent son parcours de soin.

### **1.6.3 Financement**

L'un des principaux intérêts de la MSP, notamment par rapport aux autres SSP, c'est son financement. En effet, en plus de pouvoir bénéficier de financements du FIR ou des collectivités locales, une MSP peut percevoir des rémunérations de l'ACI. (16)

Ces rémunérations peuvent atteindre jusqu'à 76 000€/an sachant que les deux premières années de mise en fonctionnement de la MSP, celle-ci touchera au moins 20 000€/an. En moyenne, en 2019, les MSP adhérentes aux ACI ont reçu 63 537€ de rémunération. (4,14)

L'autre atout de l'ACI c'est sa rapidité, en effet une avance (d'au moins 12 000€ les premières années) est versée dans les 3 mois seulement après signature du contrat tri partite. (14)

### **1.6.4 Fonctionnement**

Un autre atout d'une MSP est son fonctionnement. En effet, cette structure permet la mise en commun des moyens (secrétariat, permanence des soins, locaux...) tout en garantissant une indépendance des professionnels quant à leur exercice.

C'est une structure souple qui permet à chacun de déterminer son emploi du temps et ses méthodes de travail.

Enfin, la MSP est une structure qui s'appuie sur des professionnels ayant une patientèle en commun, il s'agit donc d'une structure locale et de proximité. Cette proximité est un atout pour l'exercice coordonné et le suivi des patients qui seront pris en charge toute l'année par des professionnels habitués aux patients du milieu et à leurs problématiques.

Il est à savoir qu'un professionnel signataire d'une MSP (associé ou non) peut très bien faire partie d'une ou plusieurs autres structures (comme associé ou non) qu'il s'agisse de MSP, d'ESP ou de CPTS. La seule restriction est qu'une action ne peut bénéficier que d'une rémunération issue de la CPAM.

De même, tous les professionnels de la MSP ne sont pas contraints d'exercer sur le même site, mais peuvent exercer dans leurs cabinets respectifs.

## **2 l'équipe de soin primaire : l'ESP**

### **2.1 Historique**

Créées par la loi de modernisation du système de santé (article 64 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016), les ESP sont apparues après les centres de santé et les maisons de santé comme alternative plus souple à ces deux structures plus rigides. (69)

En effet, après l'expérimentation sur les MSP, beaucoup de professionnels qui étaient intéressés par ce type de structure, mais qui n'avaient pas porté de tel projet, avançait comme raison la trop grande rigidité des MSP (montage en SISA, obligations de service, de permanence...).

C'est pour palier à cette niche que l'ESP a été pensée : permettre aux professionnels de santé, désireux de s'investir dans l'exercice pluriprofessionnel et/ou nécessitant des subventions pour porter à bien un projet de santé cohérent, de créer une structure pluridisciplinaire simple et non contraignante.

Cette structure est vue comme un premier pas dans la coordination entre les professionnels de santé. L'ESP peut ainsi persister sous une forme non élaborée ou peut prendre la forme d'un CDS ou d'une MSP. (70)

### **2.2 Modalités de création et de fonctionnement**

#### **2.2.1 Finalité**

Une ESP est une structure amenée à réaliser des actions de santé de 1<sup>er</sup> recours, sur une patientèle donnée (celle des professionnels la composant). Elle a pour but une amélioration de l'accès et de la qualité des soins notamment en réduisant les inégalités d'accès aux soins de cette patientèle. (70–72)

#### **2.2.2 Création**

La création d'une ESP est très simple : constituer son équipe et se déclarer auprès de l'ARS.

Une ESP doit être constituée d'au moins 1 médecin généraliste et 1 auxiliaire paramédical ayant des patients en commun (mais n'exerçant pas forcément sur le même site). Comme pour une MSP, seuls les pharmaciens et les professionnels paramédicaux décrits aux articles L4301-1 à L4372-2 du CSP peuvent intégrer une ESP à savoir: infirmiers, masseurs – kinésithérapeutes, orthoprothésistes et pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens. (71,72)

Pour se déclarer auprès de l'ARS, l'ESP doit lui envoyer une lettre d'intention accompagnée de son projet de santé ou des axes d'actions de la structure. L'ARS validera alors l'ESP sur la base de ce projet de santé et établira un contrat avec la structure. (73)

### **2.2.3 Le projet de santé**

Comme pour la MSP, les professionnels voulant se constituer en ESP devront réaliser un diagnostic territorial de santé avant de rédiger leur projet de santé. Comme pour la MSP, il est possible d'utiliser l'outil rézone cpts (cf 3.2.2 de cette partie). Ce projet pour être recevable par l'ARS doit au minimum:

- définir l'objet de l'ESP (quant à la prise en charge de la population)
- décrire ses membres
- définir les populations ou pathologies prioritairement ciblées
- définir les modalités de l'exercice pluriprofessionnel (décrire les protocoles mis en place, les systèmes d'information...)
- déterminer ou décrire les actions à mener pour améliorer la santé des patients et répondre aux problématiques de santé du territoire
- définir les moyens d'évaluation de la portée de ces actions (71,73)

Il est à noter que le projet de santé n'est pas obligatoire pour initier la création d'une ESP (seule la lettre d'intention est obligatoire), mais il l'est pour que la structure soit contractualisée avec l'ARS et que ses actions soient reconnues. Il rend également la structure éligible aux subventions issues du FIR.

### **2.2.4 Forme juridique et fonctionnement**

Une ESP n'a pas de forme juridique obligatoire, elle peut se monter en société (dont la SISA) ou en association, elle peut d'ailleurs ne prendre aucune forme juridique. Elle peut s'organiser en MSP ou en CDS (il s'agit alors du premier pas avant le montage complet de la structure finale), mais dans ces cas elle doit prendre la forme sociale dévolue à ces structures (SISA pour la MSP, structure juridique du CDS). (73)

Si l'ESP décide d'avoir une structure juridique, le plus simple et le moins contraignant sera alors l'association loi 1901 (cf 3.2.2 de cette partie). Mais, quelle que soit la forme juridique choisie, l'ESP devra alors se conformer à son système de fonctionnement.

### **2.2.5 Validation par l'ARS**

Une fois la lettre d'intention envoyée à l'ARS, celle-ci prendra contact (par courrier) avec la structure pour étudier son projet. Une fois celui-ci validé, un contrat sera signé entre l'ARS et l'ESP qui précisera les engagements de chacun.

## **2.3 Activités possibles au sein de la structure**

Une ESP inclut des professionnels qui assurent des soins de 1<sup>er</sup> recours, seules des actions de ce type sont possibles. Il s'agit alors de toute action de :

- prévention
- dépistage

- diagnostic
- traitement
- suivi des patients
- dispensation et conseil pharmaceutique
- administration des médicaments et autres produits de santé
- éducation pour la santé
- orientation des patients dans le parcours de soin (70–72)

L'ESP n'étant pas adhérente aux ACI, elle ne peut alors bénéficier des dispositions prévues quant aux protocoles nationaux de transferts de compétences. (47)

Le processus de pharmacien correspondant est possible si la structure a rédigé un projet de santé validé par l'ARS. Le projet doit alors inclure les paramètres d'interactions entre le médecin et le pharmacien. (36,46)

## 2.4 Aides et financement

### 2.4.1 Le FIR

#### **Le FIR pour les ESP**

Si l'ESP crée un projet de santé accepté par l'ARS, il lui est possible de se contractualiser avec l'ARS, alors la structure de santé est éligible à des subventions du FIR. (55,74)

En effet la direction des soins de proximité (DSDP) a versé, en 2020, 585 000€ pour aider les ESP du grand est. Où 485 000€ ont été directement reversés aux ESP pour les accompagner dans leur fonctionnement ou dans leur création, avec un maximum de 15 000€ par an et par ESP. Les 100 000€ restants ont été alloués à la création et aux frais de fonctionnement d'une structure de coordination des ESP. (56)

Il est à noter qu'en 2021 seulement 91 000€ vont être alloués aux ESP, en effet l'ARS prévoit une phase de mesure de l'impacte qu'a et aura l'utilisation des subventions allouées aux ESP en 2020. Elle prévoit de nouvelles subventions à l'issue de cette évaluation. (57)

#### **Les autres financements du FIR**

Comme pour les MSP, en plus du FIR propre aux ESP, il est possible à ces structures de bénéficier d'autres subventions du FIR. Il est notamment possible pour chaque médecin généraliste démarrant son exercice de demander des financements au titre de l'aide à l'installation.

L'ESP peut également demander des subventions pour certains programmes de santé publique financés par le FIR.

## 2.4.2 Autres aides

Comme pour les MSP, les collectivités locales, syndicats, URPS, ARS, PAPS, ordres, associations (Avecsanté), ... peuvent vous accompagner et vous aider à créer votre structure ou mettent à disposition des outils et guides d'aide à la mise en place d'une ESP. (63–65,70,75–77)

Le site d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) de Bretagne fourni notamment de nombreux guides utiles à la création d'une ESP. (73)

Il est également possible d'utiliser l'outil « rézone cpts » pour aider au diagnostic et donc rédiger le projet de l'ESP. (cf 3.2.2 de cette partie)

Enfin, les ESP, peuvent bénéficier de l'aide des plates-formes territoriales d'appui (PTA) quant à la coordination des parcours de santé complexes. Ces plateformes sont mises en place par les ARS et apportent une aide pour à la prise en charge d'une situation complexe. Pour ce faire, il est possible d'utiliser plusieurs services :

- un service d'information et d'orientation pour les professionnels vers les ressources disponibles sur le territoire
- un service de soutien à l'organisation d'un parcours de soin qui serait complexe
- un service d'aide à la mise en place d'actions innovantes quant à la coordination, l'organisation ou l'accès au soin. (74,78,79)

## 2.5 Obligation et contraintes

L'ESP est une forme très souple avec peu de contraintes.

Comme pour la MSP, un nombre minimum de professionnels doivent composer l'ESP, à savoir : un médecin généraliste et un auxiliaire médical.

L'ESP ne peut proposer que des actes de premier recours. Comme elle n'est pas adhérente à un ACI, elle ne peut bénéficier des protocoles nationaux de transferts de compétences et ne peut globalement bénéficier d'aucune rémunération issue d'un tel accord.

Le projet de santé, bien que non obligatoire est fortement conseillé notamment si la structure souhaite bénéficier de FIR ou mettre en place un pharmacien correspondant ou tout simplement voir ses actions reconnues par l'ARS. On peut d'ailleurs imaginer que de prochaines missions et rémunérations seront aussi conditionnées au projet de santé validé.

Enfin, l'ESP subira également les contraintes de la forme juridique utilisée (notamment si elle se constitue en SISA).

## 2.6 Intérêts et avantages

Le principal intérêt d'une ESP est d'être structure très souple et simple à constituer. En effet, le projet de santé n'est pas obligatoire, aucune forme juridique n'est obligatoire, il suffit d'adresser une lettre d'intention à l'ARS.

C'est une bonne alternative aux MSP s'il n'est pas possible d'avoir 2 médecins généralistes ou s'il n'est pas possible de créer une SISA.

Il n'est pas obligatoire d'avoir un système informatique commun comme dans les MSP.

Le processus de pharmacien correspondant est possible dans les ESP selon les mêmes paramètres qu'en MSP. (36,46)

## 3 La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

### 3.1 Historique

La CPTS a été créée par la loi de modernisation du système de santé (article 65 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) (80). Mais jusqu'en 2018, peu de CPTS ont vu le jour, et les ARS ne se sont pas attaquées à leur mise en place comme le souligne un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2018. (81)

Le gouvernement, s'appuyant sur ce rapport et pensant que la CPTS serait un atout majeur de la prise en charge du patient à l'avenir, a mis cette structure au centre de son projet « ma santé 2022 ». (2,3)

Suite à ce projet, a été élaboré et signé l'ACI CPTS en 2019. (82) Celui-ci détermine la forme et le contenu d'une CPTS.

Ainsi, la CPTS est définie par l'article L.1434-12 du code de la santé publique (83) comme un regroupement de professionnels de santé ou d'ESP, mais aussi d'acteurs de soins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours ainsi que d'acteurs sociaux qui concourent tous à la réalisation d'objectifs définis dans le projet régional de santé. Cet article précise également l'obligation de rédaction d'un projet de santé et surtout, contrairement aux autres SSP, celui-ci doit définir le territoire sur lequel agit la CPTS.

### 3.2 Modalités de création et de fonctionnement

#### 3.2.1 Finalité

Comme décrit à l'article L.1434-12 du CSP, la CPTS est une SSP qui a pour but d'accomplir les objectifs du projet régional de santé sur un territoire donné. (83)

L'ACI CPTS définit plusieurs axes d'actions prioritaires pour les CPTS : (82-84)

- améliorer l'accès aux soins
- organiser le parcours pluridisciplinaire du patient

- développer les actions de prévention
- développer la qualité des soins
- accompagner les professionnels de santé

Il est également prévu que les CPTS puissent être mises à contribution lors de crises sanitaires. (82,84)

La CPTS devant principalement organiser et faciliter le parcours de soin du patient et le lien entre les soins de villes et l'hôpital. (85)

Il est à noter que ces objectifs sont prévus pour un territoire et une population donnée et non pas seulement une patientèle. La CPTS a donc une finalité territoriale plus vaste que les autres SSP.

### 3.2.2 Création

La création d'une CPTS se fait en plusieurs étapes.



Figure 2: étapes de création d'une cpts (103)

#### Prévenir l'ARS ou la CPAM

La première étape lors de la création d'une CPTS et d'en informer l'ARS et/ou la CPAM. Ces instances s'engagent à donner une réponse sous 15 jours puis de convenir d'une rencontre. Cette rencontre servira de point de départ du projet, des informations utiles sur les différentes étapes de la création et sur les moyens et outils utiles à celle-ci y seront communiqués. (85)

#### L'équipe de la CPTS

La CPTS peut inclure des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours, des professionnels médico-sociaux ou sociaux, mais elle peut aussi inclure des personnes morales : ESP, CDS, MSP, associations, établissements sanitaires et sociaux (hôpitaux, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),...), collectivités,... (83,85,86)

#### Le territoire de la CPTS

À la différence des autres structures, aucune composition minimum n'est requise. Cependant la CPTS devra également définir son territoire d'action (le plus souvent celui où exercent les différents

professionnels la composant) qui n'a pas non plus de taille minimale ou maximale. Ce territoire ne devra toutefois pas chevaucher celui d'une autre CPTS. (83,85,86)

### **La lettre d'intention**

Une fois l'équipe définie (ou en parallèle de sa constitution), il convient d'annoncer à l'ARS la volonté de créer la CPTS et son objet via une lettre d'intention qui reprendra les actions que la structure compte mettre en place. Elle peut s'accompagner d'un préprojet. La validation de cette lettre ouvre immédiatement droit à certaines subventions de l'ACI : la rémunération pour fonctionnement (cf 3.4.2 de cette partie). (85,86)

### **Le diagnostic et l'outil « rézone cpts »**

Une fois la lettre d'intention validée par l'ARS, la CPTS devra rédiger son projet de santé, mais pour cela il faudra tout d'abord effectuer un diagnostic du territoire. Pour réaliser ce diagnostic, la CPTS peut demander l'aide de l'ARS et à la CPAM pour recevoir toute donnée utile. (85,86)

Un autre outil mis en place pour réaliser ce diagnostic est l'outil « rézone cpts ». Cet outil disponible librement à l'adresse <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/> est facile et rapide à prendre en main. Il présente une carte de la région souhaitée, prédécoupée en territoire (correspondant aux communes). Il suffit de sélectionner les communes où souhaite s'implanter la CPTS (en cliquant dessus ou en les recherchant par nom) pour disposer de plusieurs informations. (67)

Il vous permet ainsi en 1 clic de pouvoir observer des informations générales sur la population sélectionnée comme :

- les communes sélectionnées
- la population (nombre d'habitants)
- le nombre de quartiers prioritaires de la ville (QPV)
- le nombre de zones d'intervention prioritaire (ZIC)
- le nombre de zones d'action complémentaire (ZAC)
- la répartition des habitants par tranche d'âges
- la part d'ALD
- la part de CSS

Mais il permet surtout d'observer des informations liées aux indicateurs des CPTS comme :

- le taux de population n'ayant pas sélectionné un médecin traitant
- le nombre de passage aux urgences sans hospitalisation
- le nombre d'hospitalisations directes
- la prévalence de certaines pathologies
- la part de patients de plus de 65ans polymédiqués
- la consommation de certains médicaments (benzodiazépines, psychotropes)
- des données sur antibiorésistance
- des données sur les dépistages de certains cancers
- les taux de vaccinations de certains vaccins

Il permet également d'apprécier l'offre de soin du territoire étudié : le nombre et la qualité des professionnels de santé et établissements médicaux.

L'outil « rézone cpts » permet aux porteurs du projet de pouvoir adapter au mieux le projet de santé d'une CPTS à son territoire. (67,85)

Cet outil vous présente, dans l'onglet « pour aller plus loin », toutes les étapes de la création d'une CPTS. Enfin, il permet de télécharger la simulation effectuée pour l'annexer au projet de santé de la CPTS par exemple.

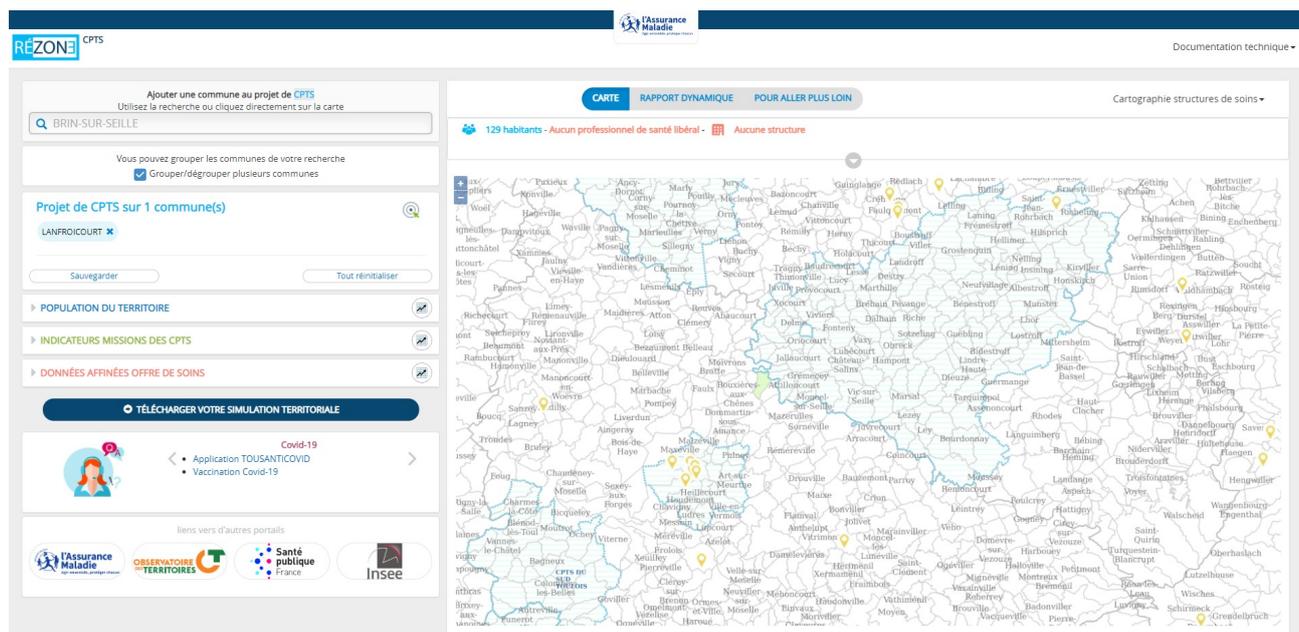


Figure 3: interface de l'outil rézone cpts (67)

## Le projet de santé

Une fois le diagnostic territorial établi, la structure peut rédiger son projet de santé. À l'instar d'une MSP ou d'une ESP, le projet d'une CPTS devra comporter tout un volet de diagnostic territorial ou les problématiques du secteur seront mises en relief ainsi que les actions ou missions entreprises par la structure. Enfin, il devra également inclure les modalités de fonctionnement de la CPTS. (83,85,86)(87)

L'association avecanté (anciennement ffmps) et l'URPS médecin Occitanie ont réalisés d'excellents guides d'aide à la rédaction de ce projet et plus généralement à la constitution d'une CPTS. Ces guides sont disponibles librement sur leurs sites internet. (87,88)

Le projet une fois rédigé sera envoyé par voie postale au directeur régional de l'ARS qui l'examinera en lien avec la CPAM. Le projet est considéré comme tacitement accepté après 2 mois sans réponse. (83,85,86)

## **Constitution et contractualisation**

Une fois le projet validé, la CPTS pourra alors se constituer (sous sa forme juridique, le plus souvent une association loi 1901) et sera contactée par l'ARS pour signer un contrat tripartite avec la CPAM, contrat qui définira les obligations de chaque partie. (83,85)

### **3.2.3 La forme juridique:l'association loi 1901**

#### **Pourquoi une association loi 1901**

La constitution d'une CPTS en association loi 1901 n'est pas une obligation, mais il s'agit de la forme la plus adaptée à son fonctionnement. En effet, elle est simple et rapide à créer (par assemblée générale constitutive et dépôts de dossier en préfecture) et permet :

- l'adhésion facilement et rapidement de nombreuses personnes physiques et morales
- l'ouverture d'un compte en banque à son nom (utile pour percevoir des financements)
- l'évolution de son fonctionnement en cas de besoin par modification de ses statuts. (83,86)

#### **Création et fonctionnement d'une association loi 1901**

L'association loi 1901 est régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 (89) (excepté en Alsace et en Moselle ou une législation locale s'applique (90)). Elle se crée très facilement, il suffit que 2 personnes s'entendent sur un projet commun lors d'une assemblée générale constitutive.

Cette assemblée sera également l'occasion de signer le contrat fondateur de l'association : les statuts. Il n'y a aucune obligation de forme (en dehors de l'utilisation du français) ni de contenu pour la rédaction des statuts, mais il est vivement conseillé d'inclure :

- le nom de l'association et son siège social
- le but de l'association
- les modalités d'adhésion, d'admission et de radiation des membres
- la répartition des pouvoirs et les modalités de gérance de l'association
- les modalités de modifications des statuts
- les modes de dissolution de l'association et de répartition des propriétés éventuelles de l'association

La rédaction de ces statuts est une étape clef de la création de l'association, il faut donc bien y réfléchir. Il est également possible (et conseillé) de rédiger un règlement intérieur (RI) de l'association bien que ça ne soit pas obligatoire.

Enfin, pour que l'association acquière une capacité juridique, les statuts devront être déposés en préfecture et paraître au journal officiel.

Le site <https://www.associations.gouv.fr/> dispose de nombreux guides et fiches d'aide à la création d'une association. Notamment des exemples de statuts. (91) Il permet également de faire les démarches de dépôts des statuts en ligne.

Il est à noter qu'une association est à but non lucratif, c'est-à-dire qu'elle peut faire des bénéfices, mais doit les réinjecter dans ses projets et ne doit pas permettre l'enrichissement de ses membres. (91)

### **3.3 Activités possibles au sein de la structure**

#### **3.3.1 Éventail d'actions possibles**

Comme les MSP, les CPTS peuvent réaliser des actions et missions de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours ainsi que des actions sociales.

#### **3.3.2 Exercice coordonné**

Comme les MSP, les CPTS peuvent mettre en place les protocoles nationaux de transfert des compétences selon les mêmes modalités. Elles permettent également la déclaration d'un pharmacien correspondant selon les mêmes modalités. (35–51)

### **3.4 Aides et financement**

#### **3.4.1 Financements issus du FIR**

Tout comme les autres structures, les CPTS peuvent bénéficier des aides spécifiques du FIR. C'est ainsi 1 000 000€ qui a été reversé aux différentes CPTS du Grand Est en 2020 et cette somme a augmenté de plus de 100 % pour atteindre 2 156 385€ en 2021. Ces subventions ont été reversées dans le cadre de l'accompagnement au développement des CPTS, de l'accompagnement spécifique post ACI ou encore pour financer les frais de fonctionnement des CPTS. (56,57)

Ces financements conséquents sont effectués dans le but premier de porter le projet jusqu'à sa contractualisation et sa rémunération à l'ACI. (56)

Ces financements font suite au projet « ma santé 2022 » qui met la CPTS au centre des nouveaux dispositifs de santé. (2,3)

En plus des financements spécifiques du FIR, la CPTS peut percevoir des subventions pour certains projets de santé publique. Il est également possible aux médecins adhérents de faire une demande d'aide à l'installation. (56,57)

#### **3.4.2 Rémunérations prévues par l'ACI CPTS**

Il est à noter que pour bénéficier des rémunérations prévues par l'ACI, le projet de la CPTS doit être validé par l'ARS et la CPAM. (82)

## Financement en fonction de la population couverte par la CPTS

Tout le financement issu de l'ACI est conditionné par le nombre d'habitants présents sur la zone couverte par la CPTS. On définit ainsi plusieurs tailles de CPTS, tailles qui déterminent la possibilité de rémunérations.

Tableau II: tableau des rémunérations possibles des CPTS en fonction de leur taille (82,92)

	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
<b>Nombre d'habitant sur le territoire de la CPTS</b>	< à 40 000 habitants	Entre 40 et 80 000 habitants	Entre 80 et 175 000 habitants	> à 175 000 habitants
<b>Financement annuel possible (au maximum)</b>	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

Le financement est ensuite découpé en 2 volets : le financement du fonctionnement de la CPTS et le financement de ses missions

### Financement du fonctionnement

Le fonctionnement de la CPTS est financé de manière fixe en fonction de sa taille, comme suit :

Tableau III: tableau de financement du fonctionnement des CPTS (82,92)

Taille de la CPTS	1	2	3	4
<b>Financement du fonctionnement</b>	50 000€	60 000€	75 000€	90 000€

C'est à dire qu'une CPTS, aussi petite soit-elle, bénéficiera au minimum, d'un financement annuel de 50 000€, avant toute réalisation de mission. En effet ce financement incitatif est alloué dans le but d'assurer une coordination pérenne par le recrutement d'une personne dédiée et par la mise ne place d'outil informatique, mais aussi pour valoriser le temps passer à l'élaboration du projet et des missions. Ce financement est reversé pendant toute la durée du contrat et dès signature de celui-ci. (82) Avant contractualisation, il peut également être financé par le FIR, dès l'envoi de la lettre d'intention. (56,57)

## Financement des missions

Comme pour les MSP, les CPTS disposent d'indicateur socles (obligatoires) et optionnels, chacun de ces indicateurs dispose d'une rémunération possible. Elles sont listées dans le tableau ci-dessous.

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>60 000 €</b>	<b>75 000 €</b>	<b>90 000 €</b>
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés (enveloppe fléchée)	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	<b>Total</b>	<b>75 000 €</b>	<b>92 000 €</b>	<b>120 000 €</b>	<b>150 000 €</b>
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>70 000 €</b>	<b>90 000 €</b>	<b>100 000 €</b>
Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	<b>Total</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>35 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	<b>Total</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	<b>Total</b>	<b>10 000 €</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>
Financement total possible	Volets fixe et variable	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

Figure 4: tableau récapitulatif des rémunérations possibles issues de l'ACI CPTS(82)

## Part fixe et variable des financement

Le financement des indicateurs se fait en deux parts égales : une fixe et une variable. La part fixe est fixée par l'ACI et permet de financer les coûts de mise en place de la mission.

Pour déterminer la part variable versée, on prend en compte les moyens utilisés pour atteindre l'objectif et le niveau d'atteinte de celui-ci. Le taux d'atteinte de l'objectif est défini par l'ARS, la CPAM et la CPTS dans le contrat tripartite. En effet il n'est pas prévu à l'avance par l'ACI. Il est également modifiable chaque année. (82)

## Suivi du contrat

Chaque année est réalisé un suivi du contrat comprenant :

- au démarrage de chaque mission : la détermination des objectifs à atteindre et des indicateurs de suivi de ces objectifs
- pour chaque mission en cours : une évaluation de ces objectifs et indicateurs de suivi
- une réévaluation de la taille de la CPTS (82)

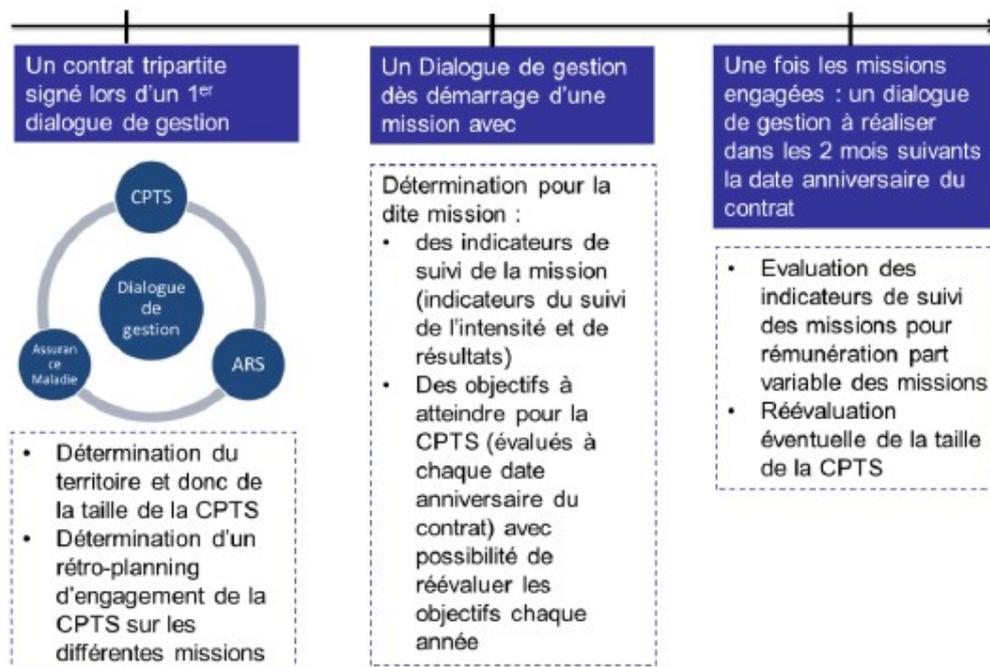


Figure 5: modalités de suivi du contrat des CPTS (82)

## Délai pour la réalisation des missions

Les missions socles sont à démarrer et à terminer dans des délais impartis par engagement lors de la signature du contrat tripartite. Les missions optionnelles peuvent être réalisées selon un calendrier choisi par la CPTS. (82)

## Délai minimal et maximal pour démarrage et déploiement des missions après signature du contrat :

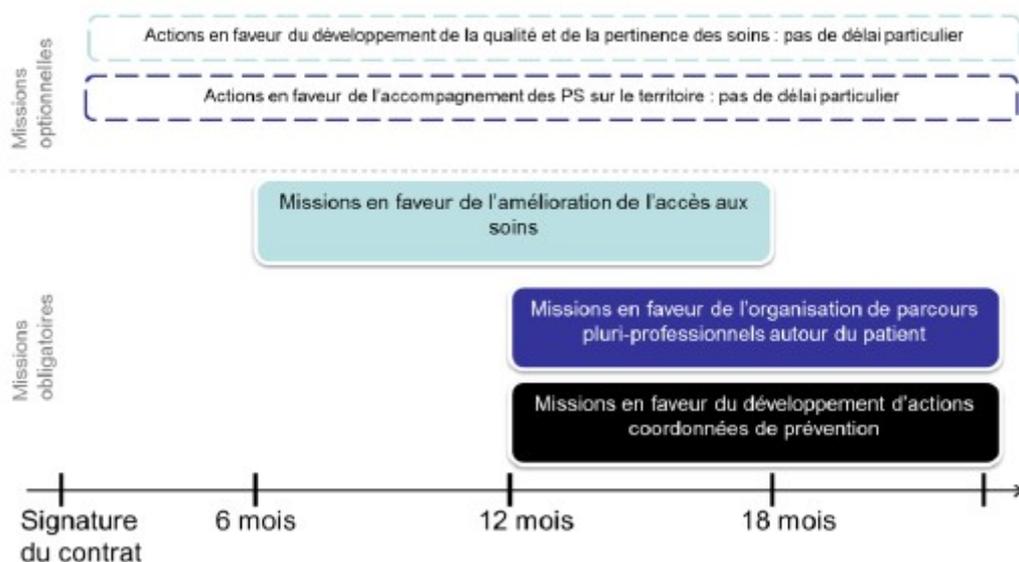


Figure 6: délai de réalisation des missions socles des CPTS (82)

Si le délai n'est pas respecté, le directeur de l'ARS pourrait invalider le projet de santé de la CPTS et donc rompre le contrat.

### Modalités de rémunérations

Pour la première année, la totalité du financement de fonctionnement est reversée dans les 2 mois suivant la signature du contrat tripartite.

Pour les années suivantes, et après lancement des missions de la CPTS, 75 % de cette rémunération est reversée comme avance à la date anniversaire de signature du contrat. Le solde étant reversé à la date anniversaire du versement de ce financement (donc dans les 2 mois suivant la date anniversaire de la signature du contrat).

En ce qui concerne les missions, une avance est versée dès démarrage de chaque mission (elle correspond à 75 % du montant de la part fixe). Puis chaque année au moment du solde (donc dans les 2 mois suivant la date anniversaire du contrat) sont versés :

- le solde de la part fixe de l'année passée
- l'avance de l'année en cours (soit 75 % de la part fixe)
- le montant total de la part variable de l'année passée (82)

Ces modalités sont illustrées dans la figure ci-dessous.

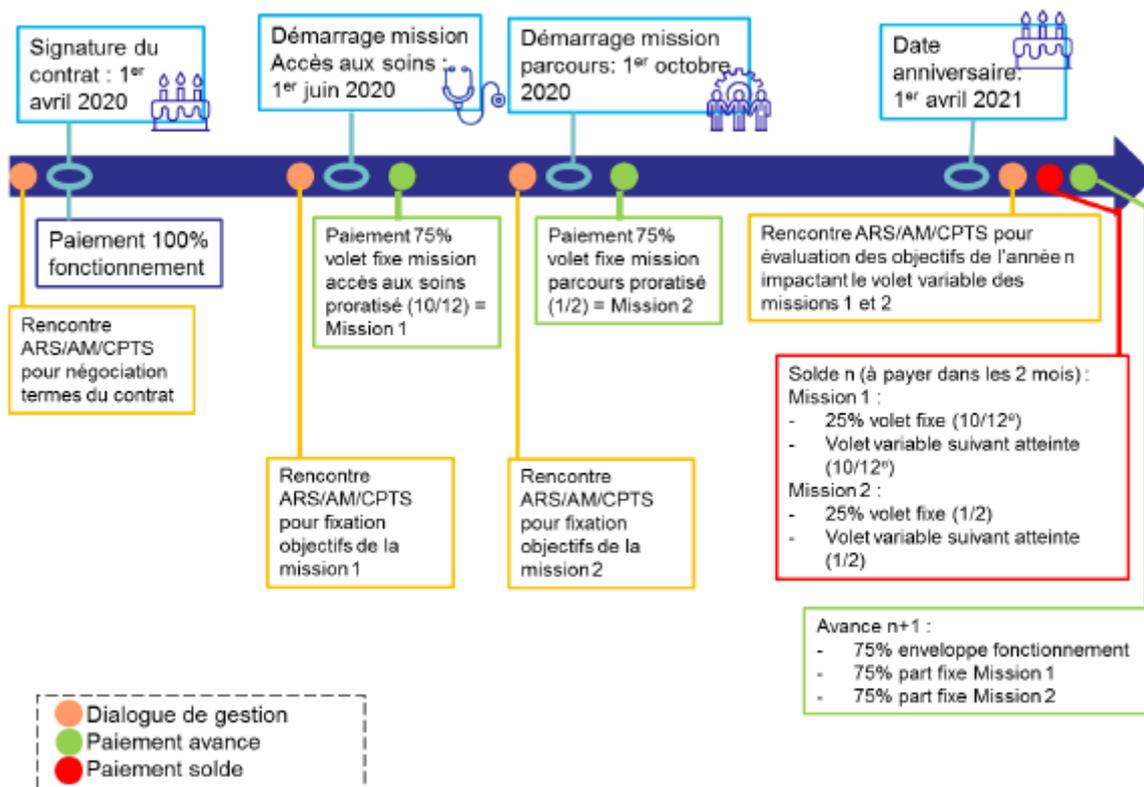


Figure 7: modalités de rémunération d'une CPTS (82)

### 3.4.3 Autres aides possibles

Comme les autres structures, lors de la création d'une CPTS, il est possible d'obtenir de l'aide des collectivités locales, ordres, URPS, syndicats, associations dédiées...

Il sera sans doute plus aisé d'obtenir de l'aide des collectivités locales pour la création d'une CPTS en raison de la promotion et de la communication faite autour de ces structures. En effet, le gouvernement, dans son projet « ma santé 2022 » a affiché une volonté claire d'augmenter drastiquement le nombre de CPTS en espérant le déploiement de 1000 de ces structures d'ici 2022, afin de couvrir tout le territoire français. (2,3)

De plus, l'ARS et la CPAM s'engagent à répondre à toute demande de création d'une CPTS sous 15 jours. L'ARS permet également le financement de l'étude de faisabilité de la structure. (86)

Enfin, pour aider au diagnostic préprojet, il existe un outil libre, complet et facile d'utilisation : « rézone cpts ». (67)

## 3.5 Obligations et contraintes

La CPTS est une SSP assez souple avec peu de contraintes. Elle doit obligatoirement rédiger un projet de santé et le faire valider par l'ARS. Ce projet est validé tacitement et doit simplement

reprendre des axes de la politique régionale de santé, il peut toutefois être invalidé par le directeur de l'ARS s'il constate une adéquation entre le projet de la CPTS et le projet régional de santé.

La CPTS doit également signer un contrat tripartite avec l'ARS et la CPAM. Ce contrat prévoit trois missions obligatoires :

- mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville, développer la télé-santé)
- mission en faveur de l'organisation des parcours pluriprofessionnels
- mission en faveur du développement des actions de prévention

L'objectif à atteindre pour accomplir ces missions est à déterminer dans le contrat.

La CPTS, si constituée en association, ne peut permettre l'enrichissement de ses membres. Tous bénéfices devant être injectés dans ses missions.

Une CPTS doit définir clairement son territoire. 2 CPTS différentes ne peuvent coexister sur le même territoire. De même, toute personne morale ou physique ne peut adhérer qu'à une seule CPTS.

### 3.6 Intérêts et avantages

La CPTS comporte plusieurs avantages comme sa facilité de création et de fonctionnement. En effet, l'association permet de définir le fonctionnement de la structure. On peut alors imaginer un système de gouvernance très simple. De même, sa création est aisée (création des statuts de dépôt en préfecture), et facilitée par de nombreux guides. Enfin cette forme juridique permet l'entrée et la sortie facilement de membres. (83,84,86,93)

La composition de la CPTS est également un atout : pas de composition minimum obligatoire, des personnes morales et physiques peuvent la composer. (83)

De plus, comme la CPTS s'appuie sur un territoire donné et non une patientèle, cela facilite la mise en place de certaines missions et la compréhension de leurs paramètres par les patients.

C'est également une structure qui dispose d'un large choix d'actions possibles : 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours, actions sociales, exercice coordonné. (83,84,86,93)

Elle dispose aussi d'une confortable rémunération. Celle-ci est versée rapidement (dans les 2 mois après signature du contrat) et peut être conséquente (de 50 000 à 450 000€ par an). (86,94)

Enfin, c'est sûrement la structure qui bénéficie du plus d'aides possible (financement de l'étude de faisabilité, réponse sous 15 jours de l'ARS et de la CPAM, outil rézone cpts,...). (67,95)

## 4 tableau comparatif des dispositifs

Tableau IV: tableau comparatif des différentes SSP

item/structure	MSP	ESP	CPTS
<b>finalité</b>	améliorer la santé, l'accès aux soins et faciliter le parcours de santé d'une patientèle donnée	améliorer la santé, l'accès aux soins et faciliter le parcours de santé d'une patientèle donnée	améliorer l'accès aux soins et faciliter le parcours de santé sur un territoire donné
<b>composition</b>	au moins 2MG+1AX	au moins 1MG+1AX	personnes morales et physiques
<b>forme juridique spécifique</b>	SISA (obligatoire pour recevoir les rémunérations)	aucune	aucune, association 1901 conseillé
<b>projet de santé</b>	obligatoire	optionnel (mais fortement conseillé)	obligatoire, validé tacitement
<b>fonctionnement</b>	selon statuts et RI de la SISA	selon forme juridique	selon statuts de l'association sinon selon la forme juridique choisie
<b>activités possibles</b>			
- type d'actions	1 <sup>er</sup> + 2 <sup>e</sup> recours + actions sociales	1 <sup>er</sup> recours	1 <sup>er</sup> + 2 <sup>e</sup> recours + actions sociales
- protocoles nationaux	oui	non	oui
- PH correspondant	oui	oui (si projet de santé)	oui
- missions obligatoires	- permanence de soins - amplitude horaire d'accueil des patients - outils informatique commun - coordinateur	aucune	- amélioration de l'accès aux soins - l'organisation des parcours pluriprofessionnels - développement des actions de prévention
<b>aides et financements possibles :</b>			
- FIR	oui	oui (si projet de santé)	oui conséquent et en amont de la validation du projet
- rémunération par ACI	oui rapide (3mois) et conséquent (62 000€/an en moyenne)	non	oui rapide (2mois) et conséquent (de 50 000 à 450 000€ par an)

item/structure	MSP	ESP	CPTS
- autres (collectivités locales, URPS,...)	oui	oui	oui - aide individualisé de l'ARS et de la CPAM - possibilité de financement de l'étude de faisabilité - outil rézone cpts - projets promus et très suivis par les ARS
	<b>autres</b>		
Possibilité laisser aux PDS de constituer d'autres SSP	- un membre peut composer d'autres SSP (ESP, MSP, CDS)	- un membre peut composer d'autres SSP (ESP, MSP, CDS, CPTS)	- un membre peut composer d'autres SSP (ESP, MSP, CDS) - un territoire ne peut accueillir qu'une seule CPTS - un PDS ne peut adhérer qu'à une seule CPTS - forme très souple - peu inclure des personnes morales et de nombreux acteurs - projet de santé validé facilement
avantages	- éventails d'actions possibles - protocoles nationaux - rémunération rapide et conséquente sans justificatif de dépense - SSP de proximité, qui « parle » au patient	- forme très souple avec peu de contrainte	- éventails d'actions possibles - rémunération rapide et conséquente - structure promue par les instances avec de nombreuses aides possibles - but non lucratif - missions obligatoires (amélioration de l'accès aux soins , l'organisation des parcours
inconvénients	- composition minimale - forme juridique - projet de santé - missions obligatoires (permanence de soins, amplitude horaire d'accueil des patients, outils informatique commun, coordinateur)	- composition minimale - peu de rémunération - éventail d'action réduit	pluriprofessionnels, développement des actions de prévention) - coexistence de CPTS impossible - structure souvent grande, qui ne « parle » pas aux patients



## Partie II : retours d'expérience sur les différentes structures

Pour les retours d'expériences de pharmacien, je souhaitais interroger :

- des pharmaciens regroupés dans une ESP, une MSP et une CPTS
- de préférence exerçant sur des zones semblables ou comparables quant à l'environnement de l'officine (quartier, patientèle, professionnels de santé du secteur...)

J'ai donc contacté plusieurs pharmacies de Lorraine dans ce but, seules trois officines ont bien voulu me répondre : la pharmacie du Château à Folschviller (57), la pharmacie cantonale à Vic-Sur-Seille (57) et la pharmacie Gravoulet à Leyr (54).

Vous trouverez en annexes (annexes 2 à 5) les comptes-rendus synthétiques de nos entretiens. Lors de ces entretiens, je disposai d'un questionnaire (également disponible en annexe 1) qui servait de guide, mais qui ne dictait pas le déroulement de l'entretien le but étant de laisser le pharmacien interrogé le plus libre possible et de le couper le moins souvent. Les pharmaciens interrogés avaient également le questionnaire sous les yeux pendant l'entretien ou l'ont reçu en amont de celui-ci.

Enfin, vous trouverez dans cette partie une synthèse de tous les entretiens réalisés dans le but de distinguer si des problématiques ou des solutions semblables ont émergé des différents projets.

### 1 Retour sur la création de la structure

#### 1.1 Aides reçues lors de la création et aides reçues par la suite

Dans un cas étudié seulement (celui de la MSP), la structure a bénéficié d'aides des collectivités locales qui ont notamment permis de rapidement avoir des liaisons efficaces avec l'ARS via la déléguée territoriale. Ce qui a permis de monter le projet rapidement et efficacement.

Dans les 2 autres cas, ni les collectivités locales ni l'ARS n'ont apporté un quelconque soutien aux projets.

Dans le cas de la maison de santé de Vic-sur-Seille, celle-ci a été faite sur fond propre sans forme juridique du fait de l'absence de réponse de l'ARS ce qui avait alors laissé les PDS dans le flou quant à quelle forme choisir et comment monter le dossier.

Heureusement, dans le cas de l'ESP, les PDS sont suffisamment experts dans ce domaine pour avoir réussi à monter le dossier sans aucune aide. Ce qui a tout de même énormément retardé le projet de la structure qui vient seulement de recevoir la première réponse de l'ARS environ 18 mois après envoi de la lettre d'intention. Il ne s'agit encore que d'une notification de réception de la lettre d'intention.

On voit à travers ces exemples toute la difficulté de contacter l'ARS. Celle-ci a mis en ligne (sur son site et celui du PAPS) tous les contacts nécessaires pour l'accompagnement des dossiers de SSP (numéro de téléphone et adresse mail dédiés pour chaque département). Cependant, pour avoir moi-même essayé de contacter l'ARS via cette possibilité, l'institution ne répond pas régulièrement à ces demandes.

## **1.2 Retour sur la création : difficultés, améliorations possibles...**

Dans les difficultés évoquées lors de la création des différentes structures, on retrouve: la lourdeur du dossier (pour les MSP), mais surtout les difficultés de contacts avec l'ARS et le manque d'accompagnement du projet.

### **1.2.1 Difficulté au montage d'une SISA**

Dans la première partie de ce travail, nous avons déjà vu tous les nécessaires au montage d'une SISA (et donc d'une MSP). La création d'une société n'est pas simple et de nombreux spécialistes peuvent alors accompagner les professionnels de santé dans ces démarches. Il peut s'agir d'experts-comptables, d'avocats fiscalistes notamment. Il ne faut pas hésiter à se rapprocher d'eux pour être aidé à la constitution de la société. Ces professionnels peuvent également apporter leur expertise dans le montage des autres formes juridiques si besoin.

On peut également trouver de l'aide sur le site [solidarité.santé.gouv](http://solidarité.santé.gouv) qui récapitule les points nécessaires à la constitution d'une SISA. De même, l'ensemble des pièces à envoyer à l'ARS pour validation sont listées dans l'ACI. (22,26,27)

D'autres acteurs du milieu peuvent également apporter leur soutien comme AVEC santé, les syndicats, les ordres, les URPS qui peuvent également jouer un rôle de conseil et d'accompagnement.

### **1.2.2 Manque de contacts et d'accompagnement**

On voit effectivement à travers ces exemples toute la difficulté de contacter l'ARS. Celle-ci a pourtant mis en ligne (sur son site et celui du PAPS) tous les contacts nécessaires pour l'accompagnement des dossiers de SSP (numéro de téléphone et adresse mail dédiés pour chaque département). Cependant, à travers les témoignages et pour avoir moi-même essayé de contacter l'ARS via cette possibilité, l'institution ne répond pas facilement à ces demandes et reste très difficilement joignable.

Là encore il est conseillé de se rapprocher des ordres, syndicats, URPS,... en cas de besoin. Ils disposent très souvent de membres dédiés à ce genre de projet et pourront vous aiguiller en cas de besoin.

Le manque de retour de l'ARS est un élément critique de tout le processus et sans amélioration effective de ce point, la création et la pérennisation des SSP pourraient être compromises. Il faudrait une action des pouvoirs publics dans ce domaine afin d'augmenter l'offre d'accompagnement, car dans l'état actuel des choses, le système n'arrive pas à suivre la demande (forte et croissante) et risque d'arriver à rupture.

## **2 Retour sur la vie de la structure**

### **2.1 Actions menées et actions futures**

#### **2.1.1 Actions mises en places par les SSP**

Dans ces expériences, nous avons vu plusieurs exemples d'actions, notamment de prévention ou de suivi (dépistage de diabète de type II, suivi de l'HTA par automesure tension elle) qui ont eu d'excellents retours. À travers ces exemples, on a pu observer différents points.

Le changement du regard des patients qui voient le pharmacien comme un professionnel de santé de premier ordre et pas seulement comme un dispensateur de médicament.

Le changement du regard des autres professionnels de santé qui ont pu voir évoluer le pharmacien selon une autre approche du parcours de soin habituel: le pharmacien n'est plus le dernier maillon de la prise en charge, mais peut en être l'instigateur.

L'intérêt pour le professionnel de santé qui améliore la santé de sa patientèle et l'intérêt pour la patientèle elle-même.

Tous ces points confirment l'évolution du rôle de pharmacien et sa place centrale dans la prise en charge coordonnée des patients. Les structures ayant mis en place de telles actions en sont très satisfaites, à tel point que leur reconduction voire leur développement est assurée.

#### **2.1.2 Exercice coordonné (protocoles nationaux)**

Aucune structure n'a mis en place d'exercice coordonné comme prévu nationalement par la mise en place de pharmacien correspondant ou de dispensations sous protocoles. En effet, la mise en place de telles actions est tellement contraignante que peu de structures sont éligibles et intéressées. L'exercice coordonné ne doit pas devenir une source de complication administrative dans l'exercice des professionnels, c'est pourquoi beaucoup ne font pas les démarches nécessaires à ce type d'exercice.

En plus de quoi, les médecins généralistes de ces structures ont pu se montrer réticents, voire opposés à de telles mesures. Ils préfèrent assurer eux-mêmes le suivi de leurs patients plutôt que de laisser le suivi de leurs patients à un pharmacien correspondant. De même, ils préfèrent réaliser les consultations que permettre la dispensation sous protocole. Plusieurs raisons sont évoquées:

- ne pas passer à côté d'une autre pathologie (cystite et autre néphropathie notamment)
- être certain de la prise en charge de leur patient
- "souffler" entre deux consultations plus longues (les consultations pour odynophagie ou cystite sont "appréciées" par les médecins qui peuvent prendre du temps avec leur patient, prendre du temps pour eux entre deux grosses consultations)

C'est un point intéressant qui est soulevé dans ces exemples: les médecins donnent l'impression de vouloir garder la main sur leurs patients et ne veulent pas perdre de terrain sur les consultations. On peut comprendre en quoi ils peuvent se sentir déstabilisés par de telles mesures, mais le but de ces

structures n'est pas de remplacer le médecin. Ce qui est plus intrigant pour le pharmacien c'est quand le médecin invoque les problèmes de mauvais diagnostics ou de mauvaise prise en charge lors de ces protocoles, cela indique qu'ils ne font pas suffisamment confiance au pharmacien. Dans certains exemples, même si le pharmacien expliquait tous les paramètres de la prise en charge, en détaillant les formations suivies ou à suivre, cela ne suffisait pas à mettre d'accord les médecins de la structure.

Il faudra sans doute encore du temps avant que le pharmacien puisse réaliser ce type de mission facilement et sans inquiétude de la part des autres professionnels de santé.

## **2.2 Relations au sein de la structure (entre les acteurs)**

Quelle que soit la structure étudiée, les relations entre les différents acteurs de celle-ci sont très bonnes et ont été améliorées par la constitution de la structure. Cependant, ces relations étaient déjà bonnes avant la mise en place du SSP. La constitution d'une telle structure n'a donc pas d'influence forte sur les relations des acteurs au sein de la structure.

Il est cependant primordial, comme dans toute association, que les relations soient bonnes avant la création de la SSP pour éviter la survenue de tensions.

## **2.3 Relations avec les autres acteurs de l'environnement de la structure**

Là encore, la création d'une structure de santé n'influe pas sur les relations avec les autres acteurs du milieu. Même dans le cas où la SSP bénéficierait de l'aide de collectivités locales, on n'observe pas de changements dans les relations avec celles-ci.

## **2.4 Perspectives d'évolution de la structure**

### **2.4.1 Evolution avec une CPTS**

À travers les différents exemples observés, on remarque qu'aucune structure n'est réellement intéressée par l'évolution ou l'adhésion à une CPTS. En effet, personne ne veut créer de CPTS, certains sont prêts à adhérer à une CPTS même s'ils n'en ressentent ni le besoin ni l'envie pour l'instant. Enfin, la pharmacie qui adhère déjà à une CPTS réfléchit à stopper sa collaboration.

On peut comprendre ce clivage par la différence d'échelle entre une CPTS et une pharmacie notamment, la pharmacie étant le maillon le plus proche du patient alors que la CPTS couvre un grand territoire et ne répond pas aux mêmes problématiques.

### **2.4.2 Evolution en une autre structure: ESP/MSP**

Plusieurs structures sont prêtes à évoluer en ESP ou MSP si cela est possible, en ayant en tête la contrainte du nombre de médecins et d'auxiliaires paramédicaux requis. On peut comprendre cette préférence pour ces structures qui sont à l'échelle de la pharmacie, qui prennent en compte une patientèle définie et à taille humaine.

Il semble que la MSP soit la forme qui attire le plus, notamment en raison de la possibilité de rémunérations et d'exercice coordonné. L'ESP est la forme de second recours, s'il n'est pas possible de créer une MSP. L'ESP est également la forme d'initiation, qui permet de faire ses premiers dans la pluridisciplinarité et qui attire les professionnels qui ne veulent pas s'attaquer à la lourdeur du dossier nécessaire à la création d'une MSP.

### **2.4.3 Evolution de la structure**

Quelle que soit la structure interrogée, l'un des points systématiquement évoqués est le remplacement des départs en retraite et l'attractivité d'autres professionnels de santé. C'est effectivement l'un des atouts et des objectifs de ces structures: rendre plus attractif l'exercice dans une zone pauvre en professionnels de santé.

Ainsi toutes les structures tendent à évoluer pour incorporer d'autres professionnels de santé. Ce qui à terme, pourra permettre une évolution de certaines structures pour transformer une ESP en MSP notamment.

D'autres évolutions sont prévues ou ont déjà eu lieu, il s'agit des projets immobiliers. Toutes ces structures vont, ont ou ont eu des projets immobiliers en rapport avec la pluridisciplinarité. En effet, elles ont toutes imaginé des projets qui permettent un exercice interprofessionnel dans les meilleures conditions: rassemblement sur des sites communs, aménagement de l'espace (parking...), salle de réunions communes...

## **3 Retour du pharmacien :**

### **3.1 Place et rôle du pharmacien dans la structure**

#### **3.1.1 Le pharmacien et son expertise**

Toutes les structures s'accordent à dire que, le pharmacien, de par son activité, dispose d'une certaine expertise dans divers domaines. Il est le professionnel qui a la culture de la location de matériel par exemple. C'est également le professionnel de santé le plus habitué de la traçabilité ou de l'assurance qualité. Cette expertise permet au pharmacien d'être force de proposition dans ces domaines, nous l'avons observé à travers la location d'autotensiomètre notamment.

#### **3.1.2 La possibilité d'action du pharmacien**

Son type d'activité lui permet également de mettre facilement les actions de dépistage ou de prévention en place. En effet, il lui est possible de réaliser des questionnaires, TROD ou tests simples tout en maintenant son activité normale, ce qui est plus compliqué pour les autres professionnels qui devraient concilier ces activités avec leurs consultations.

En plus de quoi, le pharmacien étant le professionnel le plus proche des patients, il est alors le plus à même de mener la plupart des actions de la structure.

### **3.1.3 Le pharmacien et l'exercice coordonné**

#### **Le pharmacien coordinateur**

Comme le pharmacien a déjà l'habitude de jongler entre les différents professionnels de santé et le patient, cela fait de lui un coordinateur naturel du parcours de soin dans la structure.

#### **Le pharmacien correspondant**

C'est une possibilité depuis juin 2021, mais aucune structure n'a de pharmacien correspondant de par l'opposition des médecins généralistes à cette mesure et le complexité de sa mise en place. Il faudra sans doute du temps pour que les mentalités évoluent et permettent au pharmacien le renouvellement ou l'adaptation de traitement.

#### **La dispensation sous protocole**

Dans les structures interrogées, aucune dispensation sous protocole n'a été réalisée. Ce dispositif existant depuis mars 2020 n'est possible qu'en MSP et CPTS (structures sous ACI), mais leur mise en place est très complexe et lourde, avec des contraintes de logiciels, mais aussi de protocoles rédigés et de communication. Au final, la procédure complexifie tellement la dispensation qu'elle n'est plus intéressante, il est plus simple de suivre le parcours de soin habituel.

## **3.2 Intérêt (économique, relationnel, pharmacologique,...)**

### **3.2.1 Intérêt économique**

Dans les exemples étudiés, l'intérêt économique pour le pharmacien réside principalement dans le fait qu'une structure abrite des prescripteurs et donc génère du passage de patientèle. Même dans les structures recevant des financements (FIR ou ACI), ceux-ci sont majoritairement laissés aux autres professionnels de santé.

Un deuxième intérêt économique réside dans la possibilité de financer les actions menées, actions qui auront une répercussion sur l'attractivité et donc le passage, mais aussi et surtout un intérêt pharmacologique pour les professionnels de santé de la structure et surtout pour les patients.

### **3.2.2 Intérêt relationnel**

Comme les structures modifient peu les relations entre les divers acteurs de celles-ci et du milieu, elles créent peu d'intérêt relationnel. Cependant, les professionnels regroupés en SSP apprécient la confiance qui règne entre les acteurs, le fait qu'un problème trouvera toujours une solution qui émanera d'une consultation pluridisciplinaire et qu'aucun professionnel n'est laissé de côté.

### **3.2.3 Intérêt pharmacologique**

Ces structures, de par la mise en place d'actions interprofessionnelles, améliorent la santé ou l'accès à la santé de la population touchée par la SSP. C'est là leur finalité. Si la structure fonctionne bien, elle multiplie et développe ses actions et donc l'intérêt pharmacologique de ses actions augmente encore.

En plus des actions menées, il y a les RCP. Ces réunions où les professionnels se concertent sur des cas patients spécifiques ont également une portée pharmacologique. On y étudie des problèmes de manière pluridisciplinaire pour apporter une solution collégiale dans l'intérêt du patient.

Enfin les systèmes de messagerie rapide et sécurisée mis en place, permettent une prise en charge rapide des questions urgentes. Tous ces processus rendent les SSP intéressantes pour la prise en charge des patients.

## **3.3 Satisfaction apportée par la structure**

### **3.3.1 Satisfaction apportée par une CPTS**

Dans l'exemple étudié, la pharmacie n'a tiré aucune satisfaction d'être adhérente d'une CPTS. Bien au contraire, la crise du COVID a mis en exergue certains rapports où le pharmacien n'était là que pour distribuer masques et vaccins aux autres professionnels de la CPTS et où la structure n'hésitait pas à le mettre à contribution au besoin. Cependant la pharmacie n'a pas eu de retour quand celle-ci a tenté de rejoindre la CPTS.

La titulaire actuelle de l'officine pense même ne plus adhérer à la CPTS à l'avenir.

### **3.3.2 Satisfaction apportée par les maisons médicales, ESP et MSP**

Les autres structures ont été satisfaisantes pour les différents professionnels. Elles ont permis de générer du passage en pharmacie de manière pérenne. Elles ont créé de l'attractivité qui permet le remplacement des médecins (congés, retraites ...). Enfin, les professionnels ont pu mettre en place la plupart des actions voulues avec d'excellents retours d'amélioration de la santé. Seul bémol avec les protocoles nationaux (dispensations sous protocoles) et pharmacien correspondant, impossibles à mettre en place.

## **3.4 Perspectives d'évolution pour la pharmacie dans la structure**

Dans les différentes structures interrogées, il n'y a pas d'évolution différente prévue pour les différents professionnels de santé. Les missions et autres projets seront menés conjointement avec tous les professionnels de la structure. On remarque ainsi des projets immobiliers communs, des modifications de structures communes, des développements d'actions ou de nouvelles actions communes...

Dans ces structures, les pharmacies affirment leur place de coordinateur, de force de proposition, d'experts... mais n'essaient pas de prendre le dessus ou de se mettre en avant par rapport aux autres professionnels de santé. Ce qui est sans doute la bonne interaction à avoir pour ne pas créer de tensions et c'est la base de toute relation interprofessionnelle.

## **4 Autres points soulevés**

Lors de ces entretiens, un temps était laissé à l'expression libre, voici ce qu'il en ressort.

### **4.1 Priorité aux CPTS**

Certains professionnels regrettent la trop grande promotion des CPTS au détriment des autres SSP. D'autant plus que les instances locales s'appuient de plus en plus sur ces CPTS pour mettre en place des politiques locales de santé, au détriment des petites structures de proximité que sont les ESP, MSP et CDS.

D'autres problèmes en découlent comme la consultation de ces CPTS dans la détermination des politiques de santé, au détriment des instances capables comme les ordres, URPS et syndicats.

### **4.2 Taille des CPTS**

De nombreuses CPTS sont très grandes, c'est-à-dire qu'elle couvre un grand territoire, mais surtout qu'elles comportent beaucoup de membres. Il en découle un problème de lenteur quant à la mise en place des missions et actions, la structure devant consulter la plupart de ses membres, plus il y en a, plus c'est long. Comme dit l'adage : *small is beautiful*.

### **4.3 Ruée vers les SSP : trop et trop vite**

Avec la possibilité de créer les nouvelles SSP (notamment les ESP), de nombreux (trop nombreux) projets ont émergé. Attirés par un exercice coordonné permettant des subventions, beaucoup de professionnels ont commencé les démarches pour constituer une ESP (lettre d'intention). Cependant peu d'ESP sont en fonctionnement. Ce phénomène résulte probablement de l'engorgement des institutions qui ne peuvent traiter toutes les demandes à temps et de l'arrêt des structures « vides », sans projet pérenne, qui ont été lancées à la hâte.

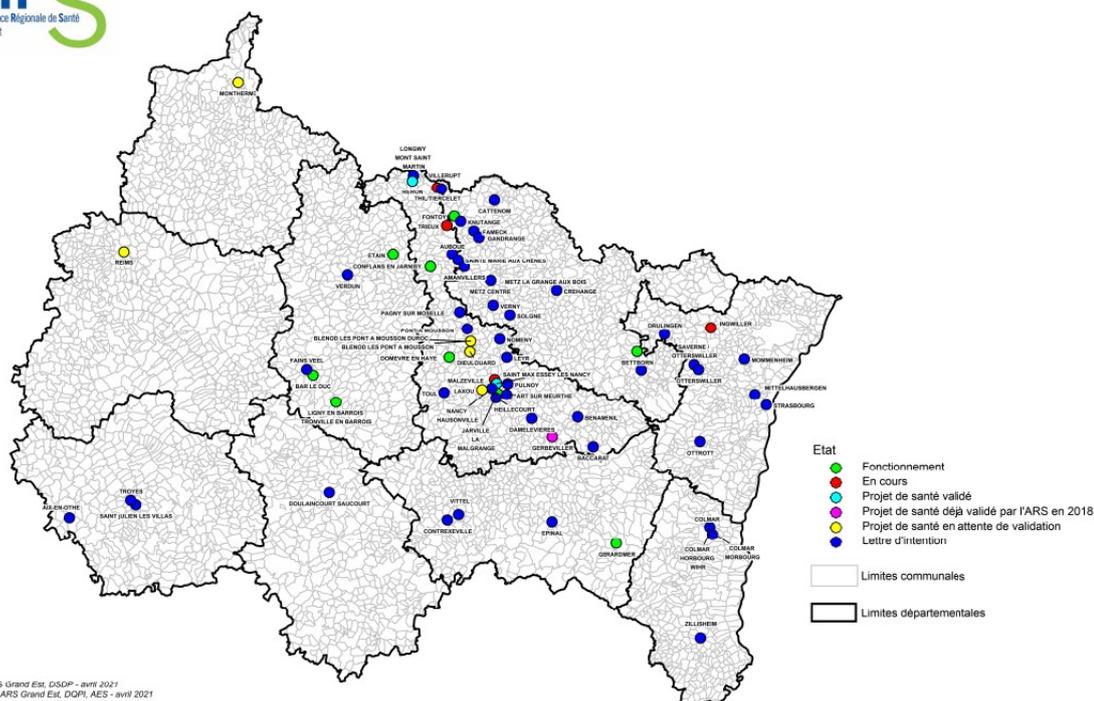


Figure 8: carte des ESP du Grand-Est et de leur état de fonctionnement (104)

#### 4.4 Le médecin au centre de l'ESP et surtout de la MSP

Plusieurs professionnels regrettent l'obligation de médecin pour constituer une ESP ou une MSP. D'autant plus qu'il faut 2 médecins généralistes pour créer une MSP et que leur patientèle détermine une bonne part de la rémunération de la structure.

D'autant plus que les préparateurs en pharmacie ne sont pas considérés comme auxiliaire de santé quant à la composition de ces structures.

#### 4.5 Le problème d'assujettissement à la TVA des pharmacies dans les MSP

Un problème a été soulevé dans la constitution d'une SISA. En effet, le pharmacien ne peut bénéficier de la mutualisation des moyens prévue par la SISA sinon cette mutualisation ne serait pas exonérée de TVA. De plus, il faudrait faire une double déclaration des bénéfices de la société (bénéfices commerciaux et non commerciaux). Ces démarches alourdiraient encore le fonctionnement d'une SISA et seraient alors contre-productives.(94)



## **Partie III : Place et intérêt du pharmacien dans les différentes structures**

### **1 Place du pharmacien dans une SSP**

#### **1.1 Le pharmacien expert et force de proposition**

Le pharmacien, de par l'habitude de son exercice, est expert dans plusieurs domaines de la santé. En effet, les modalités de son art sont spécifiques et lui sont propres. Ces spécificités confèrent aux pharmaciens des connaissances et des compétences qui lui permettent d'être force de proposition dans plusieurs domaines méconnus des autres professionnels de santé.

On pense immédiatement aux domaines classiques du pharmacien comme celui de la location de matériel où le pharmacien excelle depuis de nombreuses années. Ou encore celui de l'analyse des traitements qui est la base de sa profession.

Mais il s'agit également des expertises amenées par les missions modernes du pharmacien : l'éducation du patient, la prévention, la participation à des actes de dépistage ou de vaccination. Enfin, tout le domaine de l'assurance qualité et de la rédaction de protocoles.

Toutes ces missions classiques et modernes arment le pharmacien et font de lui un atout majeur dans les structures d'exercices coordonnées. En effet, de nombreuses missions s'appuient sur ces compétences. (14,86)

Le pharmacien est souvent le professionnel le plus au fait des possibilités d'exercice coordonné et de création de SSP. C'est souvent sous son impulsion qu'un tel projet se crée.

#### **1.2 Le pharmacien coordinateur**

Le pharmacien est depuis toujours le professionnel le plus au centre du parcours de soins. En effet il est le professionnel le plus proche du patient et voit celui-ci avec des ordonnances de médecins généralistes, de spécialistes, d'IDE ou d'autres auxiliaires paramédicaux. Il le voit également en dehors de toute prescription pour des actes de conseils, de suivi, de vaccination, ou pour de simples questions d'orientation dans le système de soins. (96)

Il est le premier professionnel de santé consulté par un patient en cas de problèmes, mais également souvent le dernier avec la dispensation de ses traitements. (96)

Cette place particulière dans le parcours du patient et son habitude des outils informatiques font du pharmacien le professionnel de santé le plus à même de réaliser la coordination de l'équipe soignante d'une SSP de proximité.

## 1.3 Le pharmacien acteur

### 1.3.1 Possibilité d'actions par rapports aux autres professionnels

Le pharmacien a la chance d'exercer en équipe (le plus souvent) dans une officine. Contrairement aux autres professionnels de santé, la plupart de ses actes sont non programmés, ce qui lui permet de pouvoir réaliser des missions spécifiques très régulièrement. En effet, contrairement à un médecin ou un IDE qui devra décaler ou retarder la prise en charge d'un patient, le pharmacien dispose d'un emploi du temps suffisamment souple pour programmer de nombreux actes spécifiques. S'ajoute à cette particularité, l'amplitude horaire d'ouverture des pharmacies.

C'est un phénomène qui a notamment été observé lors de la campagne de vaccination contre la COVID. (97)

Ces particularités font du pharmacien le principal acteur possible des missions de la structure.

### 1.3.2 Exercice coordonné

Il existe deux grands processus d'exercice coordonné possibles pour le pharmacien : la dispensation sous protocole et le pharmacien correspondant. (37–47)

Il est à noter que le projet de pharmacien correspondant est très récent, qu'il est sans doute amené à changer dans les prochains temps. Ce que l'on peut en retenir pour l'instant c'est que, le patient peut choisir un pharmacien qui sera en capacité de renouveler certains traitements voire d'adapter leur posologie si :

- le patient le désigne
- le pharmacien et le médecin appartiennent à la même SSP
- la SSP dispose d'un projet de santé validée mentionnant la possibilité et les paramètres d'un tel exercice
- le médecin l'autorise en l'inscrivant expressément sur l'ordonnance.

C'est un projet intéressant, peu ou pas mis en œuvre pour l'instant de par sa nouveauté et la réticence des médecins. (46,47)

Les dispensations sous protocoles sont une autre possibilité de l'exercice coordonné. Il existe pour l'heure 4 protocoles applicables au pharmacien :

- le renouvellement de traitement de la rhinite allergique
- la prise en charge de la brûlure mictionnelle
- la prise en charge de l'odynophagie
- la prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans. (37–45)

Cependant, à ce jour, ces protocoles de dispensations sont si compliqués à mettre en place (logiciel commun, projet de santé en définissant les paramètres, informations des prescripteurs, SSP adhérente à un ACI...) qu'il est plus simple de ne pas les mettre en application. La profession devra attendre des mise à jour de ces protocoles qui les rendraient utilisables.

## 2 Intérêt du pharmacien à exercer dans une SSP

### 2.1 Intérêt économique

#### 2.1.1 Issu des financements et rémunérations

Il existe deux raisons principales à cet intérêt économique : la rémunération de la structure et l'attractivité (et donc le passage de patientèle) qu'elle génère.

Pour la rémunération de la structure, l'intérêt économique existera principalement dans les MSP et dans une moindre mesure dans les CPTS. En effet, dans une CPTS, le caractère non lucratif de l'association 1901 a pour principale conséquence que toute utilisation des rémunérations issues de l'ACI devra être légitimée (lors d'un bilan financier de l'association par exemple). À ce titre, ces rémunérations serviront principalement au financement de missions de la structure même s'il est possible d'indemniser les professionnels de santé pour le temps passé à créer et mettre en œuvre les différentes missions.

Tandis que dans une MSP, l'utilisation de ces rémunérations n'a pas à être justifiée. Les ESP ne pouvant adhérer à un ACI, elles ne peuvent bénéficier de telles rémunérations.

Les autres subventions possibles (FIR, collectivités locales,...) restent intéressantes, mais sont soit de moindre ampleur soit sur justificatif de dépenses. Elles sont donc très utiles pour la création et les aménagements de la structure, mais ne constituent pas un intérêt économique pérenne.

#### 2.1.2 Issu de l'augmentation d'activité

L'attractivité générée par ces structures conduit à une augmentation du passage dans la pharmacie et donc *in fine* à une augmentation des revenus de celle-ci. Toutefois, pour que cette augmentation d'activité soit intéressante, c'est à dire suffisante en volume et constante dans le temps il faut que :

- la structure soit connue des patients
- l'organisation du parcours de soin mène le patient à cette pharmacie
- la structure fonctionne de manière pérenne
- la structure propose une offre de soins suffisante

En effet, si les termes « maison médicale » ou « maison de santé » sont connus des patients et attireront facilement de la patientèle, les termes « équipe de soins », « communauté territoriale » ou « CPTS » sont moins parlant auprès du grand nombre. Il est toutefois possible de promouvoir la structure via des animations ou un affichage chez les professionnels de santé notamment. Il sera d'autant plus simple d'être attractif que la structure sera locale et de proximité. En effet, si le patient remarque l'exercice coordonné chez son médecin, son IDE et son pharmacien, dans le même quartier, ce sera plus impactant que de devoir changer de zone pour trouver un autre professionnel de la structure.

De même, la génération d'activité et de passage dans la pharmacie ne pourra se faire qu'avec une offre de soin suffisante, grandissante, de proximité et de qualité. Si les patients ne sont pas satisfaits par leur prise en charge au sein de la structure, ou pire si celle-ci les amène à devoir bénéficier d'autres professionnels (d'une autre zone, d'une autre structure), cela ne générera jamais de passage économiquement intéressant.

## 2.2 Intérêt pharmacologique

Ces structures peuvent apporter plusieurs avantages d'un point de vue pharmacologique. Que ce soit via une simplification des échanges, une amélioration de la prise en charge ou la possibilité de la mise en place d'actions impactantes sur la santé.

En effet, le point commun à toutes ces structures est l'amélioration de l'échange entre les professionnels de santé la composant. C'est un atout majeur pour pouvoir trouver des réponses pluridisciplinaires à des problèmes de santé.

Un des buts de ces SSP est l'augmentation de l'accès au soin par la simplification du parcours du patient et l'augmentation de l'offre de soin. Toutes les actions entreprises dans ce sens permettront une meilleure prise en charge du patient, dans les meilleurs délais et donc augmenteront l'accès au soin et la santé de la population touchée.

Enfin, l'éventail d'actions possibles au sein de ces structures permet la mise en place de missions répondant à des problèmes de santé spécifiques à la population concernée. Cela peut permettre entre autres : une meilleure prévention de certains risques, une meilleure éducation à la santé, un meilleur suivi des traitements et des pathologies. Autant de points qui font de ces structures des atouts majeurs de la prise en charge d'une population.

## 2.3 Autres intérêts

Ces structures génèrent de l'attractivité auprès des jeunes professionnels de santé qui sont fortement attirés par l'exercice coordonné. Ces jeunes diplômés, attirés par ces structures permettent à ces dernières d'étendre leur offre de soin, de répondre à une demande grandissante de la population ou tout simplement de permettre aux autres professionnels de santé de prévoir des congés tout en étant facilement remplacés. (5)

Les nombreuses missions possibles au sein des SSP, permettent au pharmacien acteur de changer la vision du patient, mais aussi des autres professionnels de santé sur notre profession.

# 3 Applications aux différentes SSP

## 3.1 Application à la MSP

Dans une MSP, l'attractivité sera grande que ce soit auprès des patients ou des professionnels de santé. En effet, la MSP a été la première SSP possible, le terme est parlant chez les patients et les

professionnels attirés par l'exercice pluridisciplinaire. Ce sont donc des structures de proximité amenées à croître et qui augmentent l'activité localement.

Un autre atout des MSP est leur possibilité de rémunération et surtout la facilité de redistribuer (sans justificatifs) ces financements aux différents professionnels la composant.

Ces deux points confèrent à la MSP un réel intérêt économique pour le pharmacien.

Enfin, l'éventail d'actions possibles dans une MSP lui confère un atout majeur quant à la prise en charge des patients. En effet, il est possible de mettre en place des actions de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours, mais aussi les actions sociales ainsi que l'exercice coordonné (dispensations sous protocoles et pharmacien référent).

Cet éventail d'action apporte un réel intérêt pharmacologique à la MSP. Il permet également au pharmacien de faire profiter de toutes ses compétences et le place donc comme expert et force de proposition de plusieurs aspects du projet.

Enfin la coordination nécessaire à la bonne gestion d'une MSP peut incomber au pharmacien qui a l'habitude de gérer outils informatiques et qui serait alors en place centrale du projet.

### **3.2 Application à l'ESP**

L'ESP est la structure la plus souple, elle est facile à créer et à gérer. De par sa forme, elle est vouée à être une structure de proximité qui peut, si elle est promue correctement et si le parcours de santé du patient est bien organisé, générer une augmentation de l'activité et donc un intérêt économique pour le pharmacien. Intérêt qui sera toutefois à nuancer de par l'absence de rémunération possible par un ACI.

Elle permet la mise en place de missions basées sur des actions de 1<sup>er</sup> recours qui placeront également le pharmacien comme expert et force de propositions dans plusieurs domaines.

Enfin, l'ESP est considérée comme une possibilité d'entrée, de premier pas, dans le domaine de l'exercice coordonné et des SSP. Elle peut donc être amenée, en fonction des projets et volontés des professionnels de santé, à évoluer en MSP (ou autre SSP).

### **3.3 Application à la CPTS**

Le principal atout de la CPTS est de se baser sur un territoire dans sa globalité et pas seulement sur une patientèle donnée. L'inconvénient de ce principe réside souvent en la volonté de couvrir un trop grand territoire. C'est là tout le problème pour le pharmacien : ne pas jouir d'une prise en charge de proximité qui le placerait au centre d'un dispositif local. En effet, une CPTS générera moins de passage que les autres structures.

Il est toutefois possible, dans de petites CPTS, avec des projets de rapprochements des professionnels de santé ou d'optimisation du parcours de soin, de créer un accroissement d'activité pour le pharmacien.

De même, la rémunération possible possible d'une CPTS ne peut rejaillir sur les professionnels de santé directement et ne représente donc pas un intérêt économique particulier.

L'éventail d'action possible dans une CPTS permet au pharmacien d'être force de proposition dans des structures à taille humaine et présente un intérêt pharmacologique pour toute une population, mais pas nécessairement à la patientèle de la pharmacie. Des projets de proximité pourraient toutefois présenter un tel intérêt.

## **4 Conclusion**

Le pharmacien est et reste un acteur de santé de proximité, le plus proche des patients. Il doit donc trouver une structure lui permettant de parfaire ce lien. Les petites SSP de proximité seront donc celles où il aura le plus d'intérêts et une place plus importante.

En effet, les petites structures lui permettent d'utiliser toute son expertise pour se placer comme une réelle force de proposition. Ses compétences lui permettent également d'y assurer un rôle de coordination qui le place au centre de la structure.

Une organisation du parcours de soin à l'échelle locale générera également une attractivité et une hausse de l'activité pour la pharmacie. Un plus réside en la capacité de rémunérations des MSP.

Les meilleures structures pour un pharmacien seront celles qui lui est possible de créer et qui mettront le lien local au premier plan : MSP, ESP ou CPTS (si elles sont de petite taille et se basent sur des projets locaux).

Enfin, le pharmacien doit être acteur des missions de la structure, ce qui lui octroiera de la visibilité et, en plus d'augmenter le passage dans son officine, lui permettra de changer la vision des patients et des autres professionnels de santé quant à notre profession.

## Partie IV : Guide d'aide à la décision pour intégrer ou créer une structure d'exercice coordonnées

### 1 Par où commencer

Créer ou intégrer une SSP est un projet long et qui guidera sans doute votre exercice pour plusieurs années. Il faut donc bien réfléchir dans quelle direction se lancer et garder à l'esprit qu'il sera toujours possible de modifier le projet ou d'en créer un autre.

#### 1.1 Les questions à se poser

##### 1.1.1 Pourquoi

La première et la plus importante des questions à se poser est : pourquoi créer une SSP. En effet, chaque structure offre des possibilités et des intérêts différents, il convient de savoir ce qui vous intéresse au plus avant de vous lancer.

Tableau V: tableau des SSP conseillées en fonction de l'intérêt principal recherché

intérêt principal	structures conseillées
rentabilité économique	MSP, à défaut ESP (seulement si une MSP n'est pas possible)
éventail d'action possible	MSP ou CPTS
lien de proximité avec les autres professionnels	MSP ou ESP
jouer une place centrale, de coordination	MSP ou ESP
intégrer un grand nombre d'acteur	CPTS

##### 1.1.2 Avec qui

Selon l'équipe que vous allez constituer, certaines structures seront possibles ou non. En effet, il faut obligatoirement des médecins et des auxiliaires paramédicaux pour créer une ESP ou une MSP tandis que la CPTS peut accueillir des personnes morales.

Tableau VI: tableau des SSP possibles en fonction de la composition de l'équipe

composition de l'équipe souhaitée	structures possibles
au moins 1 MG et 1 auxiliaire paramédical	ESP, CPTS
au moins 2 MG et 1 auxiliaire paramédical	MSP, ESP, CPTS
inclus des personnes morales	CPTS

##### 1.1.3 Quoi

Il convient de réfléchir à la forme que vous souhaitez pour votre structure : plutôt souple (ESP ou CPTS) ou plutôt réglementée (MSP).

Tableau VII: tableau des SSP possibles en fonction de la forme juridique souhaitée

forme juridique souhaitée pour la structure	structures possibles
association 1901	CPTS, ESP
forme réglementée et structurée (SISA)	MSP, ESP
autre forme	ESP

#### 1.1.4 Où

Chaque structure s'appuie sur une population donnée. Alors que les ESP et MSP ont pour but d'orienter leurs actions sur une patientèle commune, et de diriger leurs efforts sur une zone réduite. La CPTS, quant à elle prévoit de prendre en compte l'ensemble de la population présent sur un bassin de vie, sur tout le territoire recouvert par la structure.

Il convient alors de s'attarder sur l'orientation géographique, démographique que vous souhaitez pour votre structure.

#### 1.1.5 Quand

Créer une SSP prend du temps. Certains projets peuvent mettre plus d'une année avant d'être finalisés.

Si votre besoin de SSP est pressant, plusieurs alternatives sont possibles :

- intégrer une SSP déjà existantes
- créer une ESP
- créer une CPTS

De nombreuses SSP sont déjà existantes et fonctionnelles. Il est possible d'obtenir une carte de ces structures (et de l'avancement du projet) sur le site du PAPS de votre région. (61,70,98)

Il est également possible de créer une ESP, tout du moins de déclarer son intention de création d'une ESP par lettre d'intention pour amorcer le processus de validation de la structure. Ainsi, vous pourrez déjà réfléchir à un projet de santé, promouvoir la structure auprès d'autres professionnels de santé ... Il sera toujours possible de transformer l'ESP en MSP par la suite.

De même, il est plus rapide de créer une CPTS (d'amorcer le processus de création) que les autres structures. En effet l'ARS et la CPAM s'engagent à répondre sous 15 jours à toute demande de création de CPTS.

## 1.2 Constituer son équipe

Une fois toutes ces questions étudiées, il conviendra de constituer votre équipe. Il n'y a pas d'équipe type. Mais l'équipe choisie conditionnera les structures possibles à créer.

Il est conseillé de se focaliser sur :

- des professionnels avec lesquels vous êtes déjà proches géographiquement et avec lesquels vous entretenez de bonnes relations
- des professionnels cohérents avec vos objectifs

En effet, une SSP a pour vocation de renforcer les relations d'exercice. Personne n'a envie de s'investir dans des missions avec des professionnels avec lesquels il est impossible de s'entendre.

De même, il ne sert à rien de vouloir intégrer le plus de professionnels possible dans une structure (CPTS mis à part). Le plus utile sera d'intégrer des professionnels avec qui partager le projet de santé.

### **1.3 Le projet de santé**

Le projet de santé doit être le reflet du fonctionnement de votre structure, pour le rédiger il faudra d'abord réaliser un diagnostic du territoire. Il est possible, pour ce diagnostic de demander de l'aide à l'ARS ou d'utiliser l'outil « rézone CPTS » et ce même si vous ne voulez pas créer une CPTS.

Pour rédiger votre projet de santé, il faudra réfléchir à :

- les spécificités de la population et de la zone concernées par la structure
- les besoins en santé de la population cible
- l'offre de soin déjà disponible
- les actions qui seront mises en place et leurs objectifs
- les mesures de réussite de ces missions
- l'organisation fonctionnelle de la structure
- les moyens de communication utilisés entre les professionnels de la structure
- l'organisation de la prise en charge des patients par la structure
- les modes d'exercice coordonné souhaités

Tous ces points devront apparaître dans le projet de santé pour qu'il soit le plus exhaustif possible et qu'une fois validé, il reflète au mieux votre structure.

## **2 Qui peut vous aider**

De nombreuses instances proposent des guides, outils ou de vous accompagner lors de la création ou l'intégration d'une structure d'exercice coordonné.

### **2.1 L'ARS et la CPAM**

L'ARS et la CPAM seront vos interlocuteurs privilégiés tout au long de votre projet et lors de son fonctionnement. Ces instances sont compétentes dans ce domaine et sauront vous accompagner. L'ARS propose notamment un financement de l'étude de faisabilité du projet. (61,70,98)

L'ARS vous aider également à créer votre projet en finançant ses débuts via le FIR. (56,57,68)

Le site Ameli.fr vous propose également énormément d'informations sur l'exercice coordonné. Il vous explique le fonctionnement des structures, mais vous propose également des guides et synthèses pour la compréhension de la rémunération issue des ACI. (14,58,59,86,94)

## **2.2 PAPS**

En plus de vous présenter brièvement les différentes structures et de vous expliquer comment et pourquoi les créer, le portail d'accompagnement des professionnels de santé vous apporte les contacts des référents ARS de votre département.

Ce site vous permet également de consulter une carte des SSP présentes sur le territoire en vous informant du niveau d'avancement du projet. (61,70,98)

Enfin, certains sites PAPS (celui de Bretagne notamment) vous proposent de nombreux guides, quant à la création d'une ESP ou d'une association notamment. (73)

## **2.3 Les ordres, URPS et syndicats**

Toutes les instances spécifiques de la profession sont à même de vous aider. En effet, ils proposent plusieurs ressources utiles :

- des cahiers thématiques
- des guides et fiches synthétiques
- des foires aux questions

En plus de quoi ils réalisent une veille informationnelle, une revue d'actualités qui vous permet de toujours être informé des derniers changements, ce qui est très utile tant le domaine de l'exercice coordonné évolue rapidement.

Enfin, ces instances seront toujours prêtes à aider, accompagner un pharmacien ou répondre à ses questions. (6,35,50,64,65,76-78)

## **2.4 Avecsanté**

AVECsanté est l'association de l'exercice coordonné. Elle est donc à même de répondre à toutes les questions que vous vous poserez.

Elle réalise également de la veille informationnelle et publie de nombreux guides et fiches pratiques sur les structures, les protocoles nationaux...(45,75,88)

## 2.5 Autres

### **Le site du ministère des solidarités et de la santé [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr)**

Le site de ce ministère regorge d'information sur tous les aspects de l'exercice coordonné : la création des structures, la gestion des formes juridiques, les protocoles nationaux, la rémunération... Il met à disposition des documents explicatifs très complets. (1,22,26,27,49,52)

### **Le site gouvernemental des associations [associations.gouv.fr](http://associations.gouv.fr)**

Ce site vous explique comment créer et gérer une association 1901. Il met également à votre disposition des statuts types, des exemples de règlements intérieurs et de nombreux documents utiles. Il vous permet également d'obtenir un kit de création d'association (gratuitement).

Enfin il permet également de faire les démarches nécessaires (dépôt des statuts en préfecture) de manière dématérialisées. (99)

### **Les experts-comptables, avocats fiscalistes ...assurances professionnelles spécialisées dans le domaine de la santé**

Enfin, les professionnels experts des sociétés et autres aspects juridiques de la santé peuvent vous fournir aide, explication et accompagnement.

En effet, de nombreux acteurs disposent de sites internet (interfimmo, doc house, cabinet houdart, MACSF, la médicale, GPM, ...) qui vous expliquent succinctement les différents aspects des SSP. (8,23,25,98)



## Conclusion

Depuis quelques années, des structures d'exercice coordonné sont apparues sur notre territoire. Ces structures innovantes ont pour but d'améliorer l'accès aux soins et d'optimiser le parcours du patient dans les territoires où le besoin s'en fait ressentir.

Le projet « ma santé 2022 » : prévoit un doublement du nombre de ces structures pour atteindre 2000 SSP en France. Il prévoit notamment d'atteindre 225 MSP dans le Grand Est et de couvrir tout le territoire français de CPTS. (2,3,56,57) Pour y parvenir, il permet de nombreux financements de projets (près de 6 000 000€ d'aides du FIR ont été reversés aux SSP dans le Grand Est pour la seule année 2020). (56) Ces structures devant, une fois fonctionnelles, jouir d'une rémunération pérenne grâce aux ACI.

De nombreuses évolutions des professions médicales accompagnent la montée en force de ces structures qui permettent de nouvelles actions comme le processus de pharmacien correspondant ou les protocoles nationaux de transferts de compétences.

Face aux enjeux que représentent ces structures, il convient au pharmacien d'officine de s'intéresser à leurs possibilités. Bien gérées, elles réservent une place de choix et de nombreux intérêts au pharmacien. En plus de générer une attractivité pour les jeunes diplômés, ces structures augmentent l'activité des officines de manière pérenne. Elles permettent également la mise en place de nombreuses actions où le pharmacien peut faire bénéficier de son expertise, mais également changer le regard des patients et des autres professionnels de santé.

Cependant, il reste encore de nombreux points à faire évoluer. En effet, certaines de ces structures nécessitent la présence de médecin pour exister (ESP, MSP) et s'appuient sur leur patientèle pour déterminer une bonne part de la rémunération possible (MSP) sans prendre en compte les préparateurs en pharmacie. Il existe également des problèmes d'assujettissement à la TVA et de logiciels communs obligatoires qui compliquent la relation du pharmacien à la MSP.

De plus, de nombreuses dérives contre-productives sont possibles. On observe ainsi des structures si grandes qu'elles deviennent un gouffre de temps, de moyen, de procédures ou qu'elles supplantent des institutions compétentes dans leurs domaines (ordres, syndicats, URPS). Le projet « ma santé 2022 », ambitieux, a créé de nombreuses vocations pour ces structures. Si bien, que de nombreux projets sont lancés à la hâte et engorgent le processus de validation des structures pensées et utiles.

Pour assurer un avenir de qualité à ces structures, il convient de s'intéresser de plus près au dispositif de contrôle (les commissions paritaires), de surveiller l'évolution de ces structures, d'effectuer des retours d'expériences, d'analyser ce qui marche et ce qui ne marche pas, pour avancer de manière productive et efficace.

Enfin, il faut poursuivre et développer les nouvelles missions innovantes afin de faire évoluer les protocoles nationaux actuellement inopérants (pharmacien correspondant, et dispensations sous protocoles ne sont que contraintes et nœuds procéduriers). Plusieurs projets d'évolution de ces

structures (ESP CLAP,...) (100) et des missions du pharmacien (MEDISIS, PICTO,...) (101,102) sont déjà en cours et promettent un avenir serein, certain et ambitieux pour le pharmacien d'officine.

Les structures d'exercice coordonné sont l'avenir de la prise en charge du patient en ville. Elles sont une volonté affichée du gouvernement de pallier le problème de désertification médicale et d'accès aux soins. Elles évolueront et permettront de nouvelles actions. Même si de nombreux ajustements sont encore nécessaires à l'optimisation de ces dispositifs, ces structures forment un tournant qui s'opère dans le monde de ma santé. Un tournant qui doit compter sur le pharmacien d'officine pour être efficace et pérenne.

## Références

1. 6 Protocoles de coopération [Internet]. AVECSanté. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/formavec/6-protocoles-de-cooperation/>
2. 2019-05-14-cp-essor-remuneration-conventionnelle-maisons-sante-pluri-professionnelles.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019-05-14-cp-essor-remuneration-conventionnelle-maisons-sante-pluri-professionnelles.pdf>
3. Annexe – Circuit de traitement des demandes de contractualisation. :2.
4. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192>
5. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697956/>
6. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989>
7. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
8. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697945>
9. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978>
10. Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés.
11. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

12. Article 64 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913243?r=LNeYGdf9EB](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913243?r=LNeYGdf9EB)
13. Article 65 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913246](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913246)
14. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722)
15. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886353/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/)
16. Article L1411-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031928423](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928423)
17. Article L1434-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886440](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886440)
18. Article L1434-12-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043497169](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497169)
19. Article L1434-12-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043497171](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497171)
20. Article L1434-13 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886431](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886431)
21. Article L1435-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036515287/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515287/)
22. Article L4041-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043499879](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499879)
23. Article L4041-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043499879](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499879)
24. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886688/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/)
25. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886477](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477)
26. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886477](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477)
27. Article L6323-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025014364/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025014364/)
28. Article L6327-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886462/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886462/)

29. Article R5125-33-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043571870](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043571870)
30. Associations.gouv.fr - Créer, gérer et développer son association [Internet]. Associations.-gouv.fr. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.associations.gouv.fr/>
31. AVECSanté - Avenir des Équipes Coordonnées [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/>
32. Avenir-Pharmacie-2017.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.silve-reco.fr/wp-content/uploads/2017/03/Avenir-Pharmacie-2017.pdf>
33. BAT\_0120-30126 - BUDGET 2020-20200205T113424\_0.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.grand-est.ars.sante.fr/index.php/system/files/2020-02/BAT\\_0120-30126%20-%20BUDGET%202020-20200205T113424\\_0.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/index.php/system/files/2020-02/BAT_0120-30126%20-%20BUDGET%202020-20200205T113424_0.pdf)
34. médicales F des maisons. Centres de santé intégrés : petite exploration du monde [Internet]. Fédération des maisons médicales. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.maison-medicale.org/-Centres-de-sante-integres-petite-822-.html>
35. Chapitre Ier : Constitution de la société (Articles L4041-1 à L4041-7) - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGI-TEXT000006072665/LEGISCTA000024460238/#LEGISCTA000024460238](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGI-TEXT000006072665/LEGISCTA000024460238/#LEGISCTA000024460238)
36. Chapitre II : Fonctionnement de la société (Articles L4042-1 à L4042-3) - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000024460254/#LEGISCTA000024460254](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000024460254/#LEGISCTA000024460254)
37. Chapitre unique : Protocoles de coopération (Articles L4011-1 à L4011-5) - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155053/#LEGISCTA000038887720](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155053/#LEGISCTA000038887720)
38. Chapitre unique : Protocoles de coopération (Articles R4011-1 à D4011-7) - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022914014/#LEGISCTA000039777446](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022914014/#LEGISCTA000039777446)
39. Chiffres clés en France — Data vaccin Covid [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/synthese/>
40. CODE CIVIL LOCAL Extraits (articles 21 à 79-IV) | Institut du droit local Alsace Moselle [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://idl-am.org/documents-sur-le-droit-local/code-civil-local-extraits-articles-21-a-79-iv/>
41. Constitution d'une CPTS [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/constitution-dune-organisation-dexercice-coordonne/constitution-dune-cpts>
42. Constitution d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/constitution-dune-organisation-dexercice-coordonne/constitution-dune-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>

43. Wilcke C, Sergent S. Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien. Actualités Pharmaceutiques. 1 déc 2019;58(591):20-3.
44. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. CPTS : des projets de santé émergent grâce à la mobilisation de tous sur le terrain [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/newsletter/article/cpts-des-projets-de-sante-emergent-grace-a-la-mobilisation-de-tous-sur-le>
45. Créer une communauté professionnelle territoriale de santé [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-20>
46. Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-0>
47. Décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021 relatif aux conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies. 2021-23 janv 12, 2021.
48. Démarche qualité à l'officine [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.demarchequalityofficine.fr/>
49. dgos\_cc\_2018\_02\_16\_a\_web\_pages\_hd.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_cc\\_2018\\_02\\_16\\_a\\_web\\_pages\\_hd.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf)
50. Dispensation sous protocole : les modalités se précisent - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Dispensation-sous-protocole-les-modalites-se-precisent>
51. Documentation [Internet]. Associations.gouv.fr. 2021 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.associations.gouv.fr/documentation.html>
52. download.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/73380/download>
53. download.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/media/65856/download>
54. ESP\_AVRIL 2021.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.grand-est-paps.sante.fr/system/files/2021-04/ESP\\_%20AVRIL%202021.pdf?rubrique=7794](https://www.grand-est-paps.sante.fr/system/files/2021-04/ESP_%20AVRIL%202021.pdf?rubrique=7794)
55. FSPF [Internet]. FSPF. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.fspf.fr/>
56. GUIDE METHODOLOGIQUE DE LA CPTS. [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://avecsante.fr>
57. guide\_sisa\_vf.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_sisa\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sisa_vf.pdf)
58. guide-ffmps-construire-une-cpts.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2019/06/guide-ffmps-construire-une-cpts.pdf>

59. guide-indicateurs-aci-remuneration-structures-pluripro\_assurance-maladie\_janvier-2020.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707161/document/guide-indicateurs-aci-remuneration-structures-pluripro\\_assurance-maladie\\_janvier-2020.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707161/document/guide-indicateurs-aci-remuneration-structures-pluripro_assurance-maladie_janvier-2020.pdf)
60. IGAS2018-041R\_.pdf [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R\\_.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf)
61. instruction\_commune\_2021\_04.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction\\_commune\\_2021\\_04.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_commune_2021_04.pdf)
62. DGOS. L'exercice coordonné [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
63. L'intégration dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [Internet]. Interfimo. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.interfimo.fr/profession-liberale/8-creer-ou-integrer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp,12>
64. L'exercice coordonné dans une équipe de soins primaires [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.bretagne.paps.sante.fr/lexercice-coordonne-dans-une-equipe-de-soins-primaires-4>
65. L'Union de syndicats de pharmaciens d'officine – USPO [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://uspo.fr/>
66. DGOS. La SISA à capital fixe [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-sisa-a-capital-fixe>
67. DGOS. La SISA à capital variable [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-sisa-a-capital-variable>
68. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
69. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/sisa/>
70. Label « e-santé logiciel maisons et centres de santé » [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante-logiciel-maisons-centres-de-sante>
71. Le dispositif ESP CLAP - ESP CLAP Pays de la Loire [Internet]. ESP CLAP. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.esp-clap.org/le-dispositif-esp-clap/>

72. DGOS. Le fonds d'intervention régional (FIR) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
73. Le fonds d'intervention régional [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.ars-sante.fr/le-fonds-d-intervention-regional>
74. Dufay E, Schneider P. Le Parcours de soins MEDISIS. :9.
75. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0196 du 24/08/2019 [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=81jwNZoh5UPXopy\\_5JLrntoSRuAdkFvSJtWKJebKU24=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=81jwNZoh5UPXopy_5JLrntoSRuAdkFvSJtWKJebKU24=)
76. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : la coordination au bénéfice de tous [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-la-coordination-au-benefice-de-tous>
77. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
78. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante>
79. Les solutions labellisées e-santé [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante/solutions-labellisees>
80. Lettre\_Info\_URPS\_8.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.urps-pharmaciensgrandest.fr/system/document\\_autres/fichiers/000/000/084/original/Lettre\\_Info\\_URPS\\_8.pdf?1562071561](https://www.urps-pharmaciensgrandest.fr/system/document_autres/fichiers/000/000/084/original/Lettre_Info_URPS_8.pdf?1562071561)
81. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.
82. LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (1). 2008-1330 déc 17, 2008.
83. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
84. 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 (1). 2011-940 août 10, 2011.
85. M.14 - La coopération interprofessionnelle.pdf [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.demarchequalityoffice.fr/view/file/var/site/storage/original/application/0bff6a5c5c4060c5389152b62993d6e3.pdf/M.14%20-%20La%20coop%C3%A9ration%20interprofessionnelle.pdf>

86. ma\_sante\_2022\_pages\_vdef\_.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
87. Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/>
88. Pharmacien correspondant : le dispositif entre en application - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Pharmacien-correspondant-le-dispositif-entre-en-application>
89. Rémunération des CPTS [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>
90. Rémunération des maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
91. REZONE CPTS [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
92. VÉLAN A. SISA - La logique de la maison des petits cochons : MSP de paille ou de briques ? [Internet]. HOUDART & ASSOCIÉS. 2018 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.houdart.org/gilet-jaune-pour-la-sisa/>
93. SISA - Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires - modalités de création [Internet]. www.fiducial.fr. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.fiducial.fr/Sante-Paramedicaux/Installation-en-liberal/La-SISA-Societe-Interprofessionnelle-de-Soins-Ambulatoires-Quelles-modalites-de-creation>
94. texte\_signe\_vf.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte\\_signe\\_vf.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf)
95. Titre IV : La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Articles R4041-1 à R4041-5) - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_1c/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000025563177/#LEGISCTA000025563177](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_1c/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000025563177/#LEGISCTA000025563177)
96. Tout savoir sur la SISA en maison de santé [Internet]. Docteur House. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.docteur-house.fr/tout-savoir-societe-interprofessionnelle-soins-ambulatoires/>
97. URPS Grand Est - Association Pharmaciens Grand Est [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.urpspharmaciengrandest.fr/>
98. URPS-ML-CPTS-PROJET-DE-SANTE-Guide-pratique-22-mai-2020.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/05/URPS-ML-CPTS-PROJET-DE-SANTE-Guide-pratique-22-mai-2020.pdf>

## **Annexes**

## Compte rendu de l'entretien "RETEX" d'une SSP

date de l'entretien:

paramètres/durée de l'entretien:

interlocuteur:

### 1) La création de la structure

1.1) Nom et qualité de la structure

1.2) Historique de la création (quand, par qui, pourquoi, avec qui, évolution)

1.3) Aides reçues lors de la création et aides reçues par la suite

1.4) Retour sur la création : difficultés, améliorations possibles...

### 2) La vie de la structure

2.1) Actions menées et actions futures

2.2) Relations au sein de la structure (entre les acteurs)

2.3) Relations avec les autres acteurs de l'environnement de la structure

2.4) Perspectives d'évolution de la structure

### 3) Retour du pharmacien :

3.1) Place et rôle du pharmacien dans la structure (exercice coordonné)

3.2) Intérêt (économique, relationnel, pharmacologique,...)

3.2.1) Intérêt économique

3.2.2) Intérêt relationnel

3.2.3) Intérêt pharmacologique

3.3) Satisfaction apporté par la structure

3.4) Perspectives d'évolution pour la pharmacie dans la structure

### 4) Expression libre, questions

## **Compte rendu de l'entretien "RETEX" d'une MSP**

**date de l'entretien:** 04/05/2021

**paramètres/durée de l'entretien:** entretien en présentiel, dans les locaux de la pharmacie du château, 1h

**interlocuteur:** Mme DINH, pharmacien titulaire de la pharmacie du château à Folschviller (57)

### **1) La création de la structure**

#### **1.1) Nom et qualité de la structure**

La structure est une maison de santé pluriprofessionnelle montée en SISA, elle porte le nom de « espace médical du château » et est domiciliée à Folschviller en Moselle.

Interlocuteur lors de cet entretien : Mme DINH, titulaire de la pharmacie du Château et porteuse du projet de la MSP.

#### **1.2) Historique de la création (quand, par qui, pourquoi, avec qui, évolution)**

Le projet a été imaginé en 2014 par Mme DINH (titulaire de la pharmacie du Château à Folschviller), période de réflexion suite à plusieurs événements bouleversants le paysage sanitaire du territoire :

- départ à la retraite de deux médecins généralistes (issus de deux cabinets différents situés sur Folschviller)
- la volonté d'un médecin alors salarié de la CARMi Est (régime minier) de changer de mode d'exercice.

Ces événements ont amené une situation particulière : les deux médecins généralistes restant (M. KLEIN et M.DINH) sur la commune exerçaient seuls (suite aux départs en retraite) et dans des lieux séparés et éloignés de la pharmacie.

Mme DINH voit la possibilité de créer un cabinet médical dans les locaux fraîchement libérés d'un opticien qui exerçait à côté de la pharmacie du Château. Cabinet qui aurait accueilli M. DINH et M. KLEIN ainsi que la secrétaire médicale de M.KLEIN qui deviendrait alors la secrétaire du nouveau cabinet.

Au même moment se libèrent d'autres locaux (d'une enseigne de restauration) également mitoyens à la pharmacie. Ces locaux sont bien plus grands que ceux d'abord imaginés pour le cabinet médical, assez grands pour accueillir toute une maison médicale. C'est de cette opportunité de locaux que commence le projet de la MSP.

Mme DINH, alors porteuse du projet, prend rendez-vous avec les instances locales : la mairie et l'équipe municipale qui encensent le projet et y voient la possibilité de redynamiser Folschviller.

La mairie (notamment l'ancien maire M. WEBER), avec l'aide la communauté de commune du pays Naborien, permettra la mise en relation de Mme DINH avec les instances locales de l'ARS via sa déléguée territoriale.

De là, le projet sera suivi par l'ARS qui aidera à monter le dossier pour son passage en commission locale puis régionale avant accord pour la création de la MSP.

La création de cette MSP a été motivée par plusieurs facteurs. Tout d'abord, comme décrit précédemment par l'opportunité du local adapté, mais aussi par la possibilité de financement des MSP qui permettent l'obtention de subventions qui seraient utiles et nécessaires à la création de l'espace médicale (notamment quant à l'aménagement immobilier et mobilier du cabinet médical crée dans une ancienne enseigne de restauration rapide), mais aussi par la suite avec la possibilité d'avoir des financements pour l'installation de nouveaux médecins.

Ensuite, la création de cette MSP permettait de créer une réelle attractivité des médecins et autres professionnels de santé dans une zone non attractive et déficitaire en médecin. En effet, avoir le label MSP indique une volonté des professionnels du secteur de s'inscrire dans une logique d'interprofessionnalité ce que favorisent de plus en plus les jeunes diplômés en santé, quelque soit le métier.

Enfin et surtout, dans cette zone, la patientèle particulière est à mobilité réduite (population défavorisée et zone sans liaisons urbaines) et nécessite donc une offre de soin complété et de proximité permise par la création de cette MSP.

L'espace médicale du château a alors été pensé pour répondre à ces objectifs :

- proposer une offre de soin complète et cohérente avec les besoins du secteur et en coordination avec la politique urbaine de la ville : dynamiser un quartier défini comme zone de priorisation urbaine
- permettre une attractivité des médecins et autres professionnels de santé dans une zone non attractive
- officialiser ce que faisait déjà la pharmacie avec les autres professionnels de santé : l'interprofessionnalité

### Composition de la structure :

Les différents professionnels de santé de la MSP sont tous installés sur la place du marché de Folschviller. En 2020, 3957 patients ont déclaré l'un des médecins de la MSP comme médecin traitant.

Composition de la MSP « espace médical du château » et son évolution		
professionnels	en 2016	en 2020
médecins généralistes	2	3
Autres médecins (vacataires issus du	1 rhumatologue (à mi-temps)	1 chirurgien urologue (1 jour par mois)

Groupe SOS)       IDE kinésithérapeute pharmaciens autres	plusieurs médecins présents 1 jour (ou une demi-journée) par mois :	
	1 hépato-gastro-entérologue	
	1 médecin référent en hématologie	
	1 diabétologue	
	1 gériatre	
	1 chirurgien orthopédiste	
	1 chirurgien urologue	
	1 chirurgien digestif	
	1	2
	2	2
2	2	
2 orthophonistes	1 audioprothésiste	

En plus de ces professionnels qui font partie intégrante de la MSP, plusieurs autres professionnels se sont installés dans le sillage de cette structure, mais sans en faire partie :

- 1 médecin généraliste
- 2 IDE

- 1 laboratoire d'analyse médicale (ouvert le matin seulement)

qui se sont tous installés au plus près des professionnels de la MSP : sur la même place à Foschviller, signe que la MSP est attractive.

### 1.3) Aides reçues lors de la création et aides reçues par la suite

La MSP a reçu deux types d'aides financières : les aides du FIR et les subventions de l'ACI qu'elle reçoit encore.

Les subventions du FIR ont été reçues pour l'installation de chaque médecin dans la MSP et ont notamment financé une partie des travaux, mais aussi tout le mobilier de la salle d'attente et de la chambre de garde du cabinet médical. Elles ont également permis l'installation de l'internet et de la téléphonie.

Pour le FIR, la MSP a perçu (environ) 50 000€ pour le démarrage du projet (avec l'installation des deux premiers médecins généralistes) en 2016 puis entre 10 et 15 000€ l'année suivante (suite à une revalorisation des financements accordés aux MSP). Enfin elle a reçu 21 000€ pour l'installation du troisième médecin généraliste en 2019.

Tous ces financements ont dû être justifiés à l'ARS.

La MSP a également reçu des subventions de l'ACI (par la CPAM) en fonction de la réalisation d'objectifs. Ces financements n'ont pas besoin de justificatifs de dépense pour leur utilisation et peuvent donc être utilisés comme le décide la MSP. Ces subventions servent actuellement à financer les charges de la SISA.

En plus de ces aides financières, la MSP a eu la chance de recevoir des aides directes des instances locales qui ont accompagné le projet depuis sa création. Comme évoqué plus tôt, l'équipe

municipale de Folschviller et surtout celle de la communauté de communes du pays Naborien ont été un soutien de toujours pour ce projet de MSP.

En effet, ces élus locaux et leurs équipes ont fortement contribué à l'analyse de la région et de ses besoins, ce qui a permis de créer un projet de santé coordonné avec les besoins du territoire en accord avec la politique d'aménagement alors mise en place par ces équipes.

De plus, ces instances locales ont permis à Mme DINH ,porteuse du projet, d'obtenir rapidement les bons contacts au sein de l'ARS afin de définir le projet et de le faire avancer. Le délégué territorial de l'ARS puis l'ARS de Lorraine ont toujours permis une bonne communication, dans une bonne entente, quant à la montée du projet.

Enfin, l'espace médical du château a bénéficié de l'aide du laboratoire MSD en accord avec une partie du projet de santé de la MSP à savoir : dépister, suivre et accompagner les patients atteints de diabète de type 2. À cette fin, MSD a fourni des outils informatiques à la MSP, mais également des formations pour toutes les équipes sur le diabète de type 2. Le tout sans contrepartie de la MSP ou d'implication de MSD dans la structure.

#### **1.4) Retour sur la création : difficultés, améliorations possibles...**

Une fois la lourdeur du dossier digérée, la création de la MSP n'a pas présenté de difficultés majeures grâce à l'aide du maire et de la communauté de commune de pays Naborien puis celle de l'ARS qui ont très largement facilité les premières étapes de prise de contact et de création du dossier.

La MSP et son projet ont évolué depuis le début, notamment par la perte de certains professionnels qui n'ont pas fait de retour (2 orthophonistes qui ont participé au projet initial, mais dont on n'a plus de nouvelles depuis) ou par l'arrêt de la plupart des vacations du groupe SOS par manque de personnel.

Certaines parties du projet ont malheureusement dû être abandonnées : MSD avait proposé un logiciel aux médecins généralistes pour un suivi particulier des patients diabétiques, mais celui-ci faisait dysfonctionner tout le système.

En somme, pas ou peu de difficultés rencontrées après la composition du dossier. En sachant ce qu'est devenue la MSP, on aurait sans doute monté un dossier plus léger en n'incluant pas les orthophonistes et en prévoyant sans doute moins de vacations du groupe SOS.

## **2) La vie de la structure**

### **2.1) Actions menées et actions futures**

La MSP a mis plusieurs actions en place :

- RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

- dépistage, suivi et surveillance des patients atteints d'HTA
- dépistage, suivi et surveillance des patients atteints de diabète de type II
- formations sur le diabète

Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont des objectifs obligatoires pour les subventions issues de l'ACI et devaient d'abord avoir lieu tous les mois (du moins 12 fois par an), aujourd'hui il est nécessaire d'en faire 6 par an soit une tous les deux mois. Ce qui est un plus, car au début on avait du mal à trouver les cas de patients nécessaires à ces réunions. Avec les habitudes, maintenant on arrive à avoir assez de dossiers à traiter.

Lors de ces réunions, chaque professionnel de santé apporte les dossiers de certains patients de la MSP qui comporte une difficulté et explique le cas aux autres professionnels afin qu'une solution pluridisciplinaire soit trouvée. Elles durent environ 1h30 au cours desquelles entre 10 et 15 cas sont traités en moyenne.

Ces réunions sont un vrai plus pour notre exercice, elles permettent de mettre à plat et d'officialiser certains aspects de notre métier comme l'optimisation de traitement ou le suivi de l'observance. Elles nous permettent de soumettre les problèmes et souvent de proposer les solutions en même temps afin d'officialiser les décisions et de permettre un meilleur suivi du dossier. Elles sont notamment efficaces pour la mise en place d'infirmière auprès de certains patients plus capables d'assurer eux même la prise de leur médicament ou dans le cas des bilans partagés de médication.

D'autres fois elles amènent même certains professionnels à nous proposer de mettre en place un BPM avec un patient.

Ces RCPs sont également un moment privilégié d'échange, en plus des cas traités, elles nous permettent d'échanger plus librement avec les autres professions que ce soit sur l'actualité, certains aspects de notre profession ou des autres professions. Elles sont un moment privilégié de qui permet de créer et de maintenir de la cohésion, un lien entre les professionnels de santé de la MSP et de faire remonter facilement tout problème pour trouver une solution commune.

Le dépistage, le suivi et l'accompagnement des patients atteints d'HTA sont réalisés par les médecins généralistes. Bien évidemment cela ne nous empêche pas d'assurer un suivi et un accompagnement de nos patients atteints d'HTA, les médecins ne nous supplantent pas.

Pour ce qui est du diabète de type II, des formations sont proposées à tous (bien qu'elles soient surtout suivies par les médecins, infirmières et l'équipe officinale). Ainsi MSD propose régulièrement des formations (en moyenne 1 par an) que ce soit sur la pathologie, leurs produits, la diététique...

Le dépistage est réalisé par la pharmacie. En effet chaque année, une période de deux semaines est définie (en général au printemps) où est mis en place, un dépistage du diabète de type II via un questionnaire de mesure des risques (findrisk) de développer un diabète de type II dans les prochaines années (fourni par MSD) et une mesure de la glycémie. Un rappel des mesures hygiénodiététiques est fait au patient et, en fonction des résultats du findrisk et de la mesure de la glycémie, le patient peut être orienté vers son médecin traitant. On remet alors au patient les résultats obtenus au dépistage pour qu'il puisse le communiquer à son médecin traitant.

Bien évidemment la pharmacie propose ce dépistage à toute personne cible même au patient n'ayant pas un des médecins de la MSP comme médecin traitant.

Ce dépistage a déjà permis d'identifier plusieurs personnes à risque chez qui a été mis en place un suivi renforcé par le médecin traitant ainsi qu'un accompagnement hygiéno-diététique.

L'espace médical du château a également prévu de mettre en place de l'ETP sur le diabète de type II. Programme qui a pris du retard en raison de la pandémie actuelle, mais qui devrait voir le jour prochainement. Il permettra, toujours en accord avec le projet de santé de la MSP, de parfaire l'accompagnement et le suivi des patients atteints de diabète de type II.

## **2.2) Relations au sein de la structure (entre les acteurs)**

Les relations au sein de la structure entre les différents professionnels sont excellentes. Ces relations qui étaient d'abord cordiales sont, avec le temps et les contacts, devenues amicales. C'était le but aussi de la MSP, de favoriser un terreau de relations saines et amicales pour pouvoir évoluer et travailler tous ensemble dans les meilleures conditions.

Je vois mal d'ailleurs comment des professionnels qui ne s'entendent pas peuvent réussir à faire fonctionner correctement une MSP.

On a surtout remarqué un changement du type de relation dans la MSP, on est sorti du cadre le plus classique où le médecin décide et les IDE et pharmaciens accompagnent, mais on est allé vers un type de relation où chacun est pro-acteur de la santé du patient est fait des propositions concrètes aux autres membres de la MSP.

Ces changements de relations ont à mon sens été permis en grande partie par les RCP qui permettent des échanges privilégiés en visu où il est beaucoup plus simple de créer et d'améliorer des liens que par téléphone qui était le mode de communication quasi exclusif avant la MSP.

## **2.3) Relations avec les autres acteurs du milieu, de la zone**

Nous avons beaucoup de relation avec l'ancien maire et son équipe qui nous avait grandement accompagnés lors du projet et qui venait encore régulièrement s'inquiéter de la bonne santé de la MSP.

Aujourd'hui les relations sont simplement cordiales avec les différents élus locaux et leurs équipes qui ne s'inquiètent pas forcément de la MSP ni des répercussions que peut avoir leur politique sur celle-ci.

Nous avons également des relations avec d'autres acteurs locaux : crèche, coiffeur, centre associatif et social et autres commerces de proximité qui évoluent dans l'environnement très proche de la MSP. Ces structures prennent souvent conseil auprès de la MSP quant à la communication avec l'équipe municipale ou pour avoir certains contacts.

En effet, la MSP étant la première à s'être installée et représentant une bonne part des acteurs de proximité, ces derniers lui demandent souvent conseil ou appui (le plus souvent en passant par Mme DINH) lors des discussions avec les instances locales.

## **2.4) Perspectives d'évolution, future de la structure**

La MSP n'est pas forcément vouée à évoluer sur la forme (bien qu'une modification du projet de santé peut être faite), mais dans ses signataires.

Un des buts premiers de la MSP c'est de représenter une attractivité pour les professionnels de santé notamment dans le but de remplacer les départs en retraite. En effet 1 médecin généraliste est déjà venu s'installer pour combler les départs à la retraite de eux médecins, départs qui avaient été à l'origine du projet.

Deux autres médecins du secteur proche (dont 1 dans la MSP) se destinent à la retraite dans les prochaines années et la MSP, de par son attractivité, sera un plus pour les remplacer. Ce serait un plus d'ailleurs d'attirer les médecins dans la MSP plutôt qu'en installation proche, mais sans s'inclure au projet comme ça a déjà été le cas dans le passé.

Un autre but de la MSP, de par son attractivité est d'améliorer et de compléter l'offre de soin de proximité. Ainsi il serait bien venu que le laboratoire d'analyse incorpore la MSP. À une époque il était question d'orthophoniste, d'IDE et de psychologues, mais nous n'avons eu aucun retour pour l'instant.

On verra après la pandémie, avec le groupe SOS notamment, pour pouvoir faire revenir des spécialistes comme c'était le cas au début de la MSP.

Quant à l'intégration d'une CPTS : pourquoi pas si la CPTS existe déjà et que ce n'est pas à moi de la créer ! J'ai déjà donné au maximum pour créer la MSP, je laisse à d'autres le soin de créer une CPTS.

### **3) Retour du pharmacien :**

#### **3.1) Place et rôle du pharmacien dans la structure (exercice coordonné)**

La place du pharmacien s'est affirmée avec les RCP où il propose le plus de cas et d'optimisation possible.

On est force de proposition dans ces RCP où on peut également proposer et expliquer nos autres missions aux autres professionnels de santé et ainsi leur montrer qu'on ne fait pas que donner des boîtes: BPM, ETP, entretiens... Ces dernières missions nous placent pas seulement comme à la suite du médecin traitant, mais aussi comme étant le précurseur du parcours de soin.

Les actions comme le dépistage du diabète nous permettent de faire le même effet, mais auprès des patients qui nous considèrent plus comme des professionnels de santé après.

La pharmacie est également complètement pour l'exercice coordonné que ce soit pour les dispensations sur protocole ou le pharmacien correspondant, mais c'est au niveau des médecins que ça a bloqué: ce sont des protocoles qui leur ôteraient des consultations "faciles" qui leur permettent de souffler un peu dans la journée. Ils sont également réticents aux adaptations et aux renouvellements de traitements parce qu'ils préfèrent suivre eux-mêmes leur patient. Le dossier a donc été enterré pour l'instant.

Le gros problème de la place du pharmacien est l'assujettissement à la TVA qui empêche pour l'instant les pharmaciens d'être associés de la SISA, ils ne peuvent être que signataires.

### **3.2) Intérêt (économique, relationnel, pharmacologique...)**

#### **Intérêt économique**

L'intérêt économique réside principalement dans la proximité de plusieurs prescripteurs qui se sont installés grâce à l'ouverture de la MSP, que ce soit les médecins et IDE de la MSP ou ceux venus s'installer dans le sillage de la structure (en tout c'est 2 médecins généralistes, 1 kiné et 2 IDE qui se sont installés depuis la création de la MSP). Tous ces prescripteurs créent du passage de patientèle et donc du chiffre d'affaires pour la pharmacie, c'est indéniable.

Un 2e intérêt réside dans le fait que la pharmacie détient la SCI à laquelle appartiennent les murs du cabinet médical de la MSP. La location des locaux est un revenu supplémentaire qui découle de la MSP.

La pharmacie laisse toute rémunération issue de l'ACI aux autres professionnels, car la contribution par le patient est supérieure à celles-ci. De même, la pharmacie participe aux charges de la SISA en louant la salle de réunion pour les RCP (située dans le cabinet médical).

#### **Intérêt relationnel**

Nous avons toujours eu de bonnes relations avec les professionnels de santé qui ont intégré la MSP même avant sa création. La constitution de la MSP a encore amélioré ces relations qui sont devenues amicales avec le temps. La constitution de la structure n'a pas modifié les relations que nous avons avec les autres professionnels du secteur.

#### **Intérêt pharmacologique**

L'intérêt pharmacologique réside majoritairement dans les RCP où on peut évoquer et discuter en profondeur de certains cas, en prenant le temps que nous ne prenions pas forcément avant.

Mais les dépistages du diabète que nous organisons sont d'un intérêt tout aussi important, nous avons déjà dépisté de nombreux cas. Ces dépistages ont permis la prise en charge de diabète précoce, mais aussi d'autres cas plus avancés qui étaient toujours passés inaperçus. Je pense que ces actions sont à poursuivre au vu des résultats obtenus.

On attend la mise en place des ETP diabète qui arriveront après la pandémie en cours pour en mesurer l'intérêt, mais je pense qu'on aura de bon retour.

### **3.3) Satisfaction apportée par la structure**

J'en suis extrêmement satisfaite, car le but premier était de dynamiser la zone et de créer de l'attractivité notamment pour des médecins et depuis la création de la MSP un 3<sup>e</sup> médecin s'est associé au projet et 1 autre s'est installé juste à côté de celle-ci sans la rejoindre. De même: 1 audioprothésiste, 1 kiné et 1 IDE se sont ajoutés à la MSP, une autre IDE s'est installée à proximité. On a également eu l'implantation d'un laboratoire d'analyse (le matin). Et maintenant une crèche spécialisée est venue sur la zone, je pense grâce à l'attractivité de la MSP.

Toute cette attractivité a permis une hausse nette de la fréquentation de l'officine et surtout permet de voir un avenir plus serein et pérenne dans une zone qui était un vrai désert médical, même s'il manque encore des professionnels de santé pour rejoindre la moyenne nationale.

La proximité d'autant de professionnels de santé est un plus pour le patient également et surtout pour l'exercice pluridisciplinaire et de ces points de vue, la MSP remplit toutes ses promesses.

### **3.4) Perspectives d'évolution pour la pharmacie dans la structure**

La pharmacie va devenir responsable de l'éducation thérapeutique du patient (ce qui devait être déjà enclenché en 2020, mais qui a été repoussé en raison du COVID). En effet l'adjointe de la pharmacie Mme GERARD, formée à l'ETP avec un DU spécialisée, peut et va créer un programme d'ETP sur le diabète, thème cher à la MSP qui l'a inclus dans son projet de santé.

D'autres évolutions sont possibles avec les dernières nouveautés sur l'exercice coordonné et sont en cours de discussion avec toute l'équipe de la MSP, notamment quant au pharmacien correspondant ou aux dispensations sous protocoles. Mais ces projets sont mal engagés pour l'instant du fait d'une levée de boucliers des médecins qui sont pour l'instant opposés à ces possibilités.

### **4) Expression libre, questions**

On a jamais eu de retour des psychologues ni des orthophonistes donc si c'était à refaire, on ne s'embêterait pas à les contacter.

On a eu beaucoup d'hésitation et de questionnement au début vu la lourdeur du dossier, mais si c'était à refaire, on le referait en contactant directement l'ARS qui a permis des échanges sereins et efficaces pour la constitution de la structure.

Il y a toujours ce problème d'assujettissement à la TVA qui nous empêche d'être associés dans la SISA et l'impossibilité d'inclure les préparateurs dans les signataires.

Cela a été long, mais c'est une bonne chose de faite. À voir par la suite ce qu'il sera possible de faire dans une MSP.

## Projet de Pôle de Santé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV),

### Quartier de FURST à FOLSCHVILLER (Moselle)

#### Ancienne zone minière

### Diagnostic des besoins de santé du territoire

#### 1. Diagnostic régional et territorial après analyse des données ARS

La Lorraine présente un contexte démographique et social contrasté avec :

- Un regain démographique modeste qui profite principalement aux espaces déjà densément peuplés et qui accompagne un mouvement de périurbanisation.
- Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements.
- Un vieillissement inéluctable de la population avec des différences marquées entre zones urbaines ou périurbaines et zones rurales.
- Un héritage industriel encore présent et une pauvreté monétaire localement élevée, tant urbains que ruraux, et concernant davantage les femmes.

Les inégalités devant la santé sont particulièrement marquées dans le territoire avec :

- Un état de santé préoccupant en termes de mortalité et de morbidité avec des variations importantes. Certaines pathologies ont une prévalence importante : Hypertension, Pathologies respiratoires chroniques (asthme ou BPCO, affectant une population nombreuse d'anciens mineurs) Diabète, Dépression.
- Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites.
- Un état de santé dégradé dans les quartiers de la politique de la ville.

## **2. Difficultés d'accès aux soins de premier recours, dans les anciennes zones minières**

La densité médicale est en Lorraine (297 médecins pour 100 000 habitants) moins élevée qu'en France métropolitaine (312).

### **Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus**

En Lorraine, selon les sources du Conseil National de l'Ordre, on dénombre 83,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit sept de moins que sur l'ensemble de la France métropolitaine (90,7).

La démographie des médecins généralistes libéraux est animée par un vieillissement et une féminisation des effectifs.

L'exercice libéral de la médecine générale se heurte à une difficulté de renouvellement : en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral. Ce moindre attrait pour la pratique de la médecine générale en cabinet se double d'une tendance générale chez les médecins à s'installer de préférence là où se concentrent déjà les praticiens.

Ces deux mouvements contribuent à renforcer la fragilité de certains territoires déjà moins ou peu dotés, comme la commune de Folschviller dans laquelle se situe le Projet de Pôle de Santé

### **3. Diagnostic des besoins sur la commune de FOLSCHVILLER, choisie comme lieu d'implantation, et environs**

- La commune de Folschviller se trouve dans le canton de St Avoild, celui-ci regroupe les dix communes suivantes :

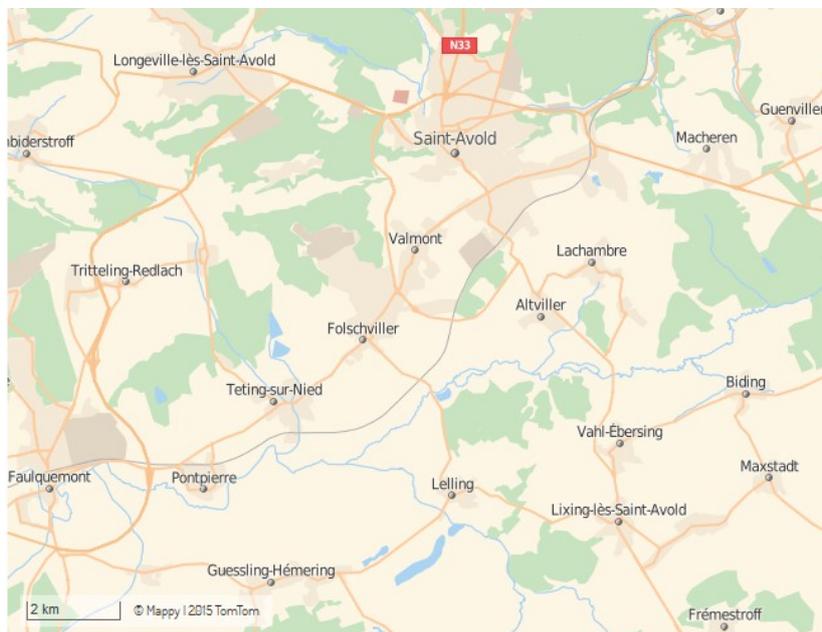
- Altviller : 534 habitants
- Carling : 3736 habitants
- L'hôpital : 5990 habitants
- Lachambre : 731 habitants
- Macheren : 2807 habitants
- Porcelette : 2454 habitants
- Saint-Avoild : 16 925 habitants
- Valmont : 3143 habitants
- Diesen : 1142 habitants
- Folschviller : 4634

(Plans en annexe)

Le canton regroupe donc au total : 42 096 habitants

Le nombre de médecins généralistes exerçant sur le canton est de 29 (2 à Carling, 2 à Moulin Neuf, 3 à Porcelette, 17 à Saint-Avoild, 1 à Valmont, 4 à Folschviller).

Sachant qu'en Lorraine on dénombre environ 83.7 médecins pour 100 000 habitants, on peut dire que le canton de Saint-Avold est déficitaire en médecine libérale avec 29 médecins généralistes pour 42 000 habitants.



Certaines des communes du canton sont géographiquement assez éloignées de la commune de Folschviller et ne constituent pas des zones de chalandise ou des lieux de soins pour la population de la commune.

Folschviller est plus directement entourée des communes de Tétting sur Nied (1178 habitants), Valmont (3143 habitants), Altviller (534 habitants), et Lachambre (1111 habitants), Pont Pierre (789) , Lelling (390), et Saint-Avold .C'est dans ce plus petit territoire que se situe le bassin de vie des habitants de la commune.

**Dans la commune, le quartier de FURST a été choisi pour être un quartier prioritaire de la nouvelle politique de la ville.**

La commune disposait jusqu' au 31 mars 2016 de 5 médecins généralistes: 3 médecins généralistes libéraux, et 2 médecins salariés de la CARMI est.

Le Dr PONSIN, exerçant en libéral, a cessé son activité au 31 mars, sans être remplacé, laissant environ 1600 patients sans médecin.

Le Dr MATHIEU, médecin salarié de la CARMI EST, a cessé, lui aussi, son activité le 30 mai. Si un remplacement provisoire est prévu par la CARMI suite à son départ, nous n'avons aucune certitude sur la pérennité de celui-ci.

L'offre de soins de la commune sera donc impactée de manière importante par ces départs.

L'accès aux soins, la continuité et la permanence des soins sont localement en jeu.

Les patients des communes limitrophes seront eux aussi impactés, puisqu'ils sont nombreux à fréquenter les cabinets médicaux de Folschviller, n'ayant pas d'offre de soins dans leur commune.

Ce projet de Pôle de santé s'inscrit donc, globalement, dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être consolidée.

Dans des territoires déjà en souffrance (puisque qu'une partie est classée QPV), dans lesquels on observe aussi un vieillissement de la population, et une prévalence des maladies chroniques, un déficit en offre de soins ajouterait encore des difficultés dans la vie des habitants.

La population de la commune souhaite pouvoir trouver une offre de soins suffisante. En médecine générale notamment, car depuis le départ en retraite non remplacé du Dr PONSIN, certains rencontrent des difficultés à trouver un médecin traitant. De nombreuses questions ont été posées à ce sujet en mairie par les habitants.

Ces difficultés sont d'autant plus importantes actuellement pour les personnes âgées, ou dans l'incapacité de se déplacer, car l'activité des médecins exerçant actuellement sur la commune ne leur permet pas de prendre en charge de nouveaux patients nécessitant des visites à domicile.

## **Projet de Santé des professionnels**

Pour trouver une solution à ce problème et même renforcer l'offre de soins, des professionnels de santé ont le projet de **créer un pôle de santé dans le quartier FURST, quartier prioritaire de la politique de la ville.**

Les nouveaux cabinets se trouvent au centre de la commune, sur la place du Marché.

On trouve également sur cette place, la Mairie et la Poste. La nouvelle structure bénéficie d'un parking d'une centaine de places, sécurisé, car sous surveillance vidéo. Le bâtiment est de plain-pied et en conformité totale avec les dispositions nécessaires pour l'accès des personnes handicapées.

La caserne des pompiers de Folschviller se trouve sur l'arrière des bâtiments, et le service des urgences le plus proche se situe à Saint-Avoid (Groupe SOS) à une distance de 9 km.

(Plans en annexe)

### **1. Faciliter l'accès aux soins, et organisation pluridisciplinaire**

Le but de cette structure est, avant tout, de faciliter l'accès à la santé pour les habitants de la commune, pour ceux des communes environnantes, mais surtout pour la population du quartier de Furst, particulièrement défavorisée.

En effet, les revenus faibles, et les difficultés liées à la mobilité empêchent bien souvent cette partie de la population d'avoir accès aux soins nécessaires.

Pour cela, ce projet vise à regrouper au sein d'une même structure :

**- 2 médecins généralistes qui exerceront en médecine libérale à temps plein, le Dr Patrice KLEIN, et le Dr Lionel DINH,**

**- 1 infirmière libérale, Mme Joséphine GICQUEL, Infirmière Diplômée d'Etat**

Ces professionnels sont déjà présents sur la commune, mais souhaitent se rassembler pour travailler de concert. Ils se sont associés au sein d'une SISA.

**- Le groupe SOS**, va être signataire d'une convention (annexée) qui permettra la mise en place de vacations de médecins spécialistes au sein de la structure. Des consultations spécialisées dans différents domaines pourront ainsi être faites sur place. La liste des médecins intervenants pour le groupe SOS, est la suivante :

**Dr Michel COLSON** – Rhumatologue

**Dr Antoine AZZI** – Hépatogastro-entérologue

**Dr Dorian OANA** – Médecin référent en Hématologie

**Dr Aurélian TREBEA** – Diabétologue

**Dr Laurence MARCHAL** – Gériatre

**Dr Guido CINIC** – Chirurgien orthopédiste

**Dr Mihai Florin RADULESCU** – Chirurgien urologue

**Dr Jean Claude SCHAAL** – Chirurgien digestif

Un secrétariat commun sera mis en place permettant une organisation, et un fonctionnement optimum du Pôle de santé.

La secrétaire assurera l'accueil téléphonique et physique des patients du Dr KLEIN, du Dr DINH, et du groupe SOS. Elle assurera par ailleurs le suivi et la facturation des actes réalisés par les Drs KLEIN, et DINH, la facturation des soins de SOS restant à la charge du groupe SOS.

Elle aura également un rôle de coordination logistique (gestion des plannings des professionnels, organisation des réunions, diffusion d'information auprès des patients).

La secrétaire aura un temps de présence de 38 heures hebdomadaires, et sera présente de 8h00 à 12h00 du lundi au vendredi, de 14h00 à 18h00 les lundis, mardis, et jeudis, et

de 16h00 à 19h00 les mercredis et vendredis. En son absence, les Drs KLEIN, et DINH prendront en charge les appels téléphoniques.

La continuité des soins sera assurée de 8h00 à 20h00.

Les qualifications de la secrétaire lui permettront également d'aider les patients dans les démarches administratives, ce qui est très important dans ce quartier défavorisé.

Dans ce projet, le nouveau cabinet médical s'ouvre à côté d'une structure qui rassemble déjà :

- Un médecin généraliste le **Dr Jacques WEISSE**,
- Une officine : la Pharmacie du Château dont la titulaire est **Mme Michèle DINH**, le pharmacien adjoint, **Mlle Chloé HAUPLOMB**, est également impliquée dans le projet,
- Deux masseurs kinésithérapeutes, **M. Olivier WANNY**, et son **collaborateur M. Thibaut BECKER**,

Leur adresse est la même, Place du Marché à FOLSCHVILLER.

Par ailleurs, deux orthophonistes de la commune de Folschviller, **Mme Marjorie BONAN et M. Benjamin LEROY**, installés 34, avenue du 26 novembre 1944 à FOLSCHVILLER, participeront au Pôle de Santé en cours de création, et apporteront leur expérience dans leur domaine précis.

## **2. Développer l'offre de soins**

L'offre de soins sur la commune devrait ensuite être complétée, par l'ouverture en janvier 2017, dans des locaux contigus à l'officine, d'un laboratoire d'analyses médicales (mis en place par BIOGROUPE) qui assurera les éléments facilitant le diagnostic, et pourra s'inscrire dans un vrai projet de Santé Publique.

Le but de la mise en place de ce pôle est aussi de rendre attractif l'exercice de la médecine dans le quartier, pour un nouveau médecin généraliste. Le déficit en médecine générale de la zone risque d'être en effet important très bientôt. Cette réalisation permet de répondre au souhait d'exercice pluri-professionnel des nouvelles générations de professionnels de santé.

## **3. Projet de Santé**

. Le rassemblement des professionnels de santé sur un même site conduira à une organisation nouvelle qui permettra de prendre en charge les patients qui auront vu leur médecin traitant partir en retraite.

. La prise en charge des patients pourra se faire aussi bien dans les cabinets médicaux, qu'au domicile des patients si leur état de santé le nécessite.

. Une action conjointe des médecins, infirmière, kinésithérapeutes, orthophonistes, pharmaciens, et biologiste, permettra une excellente prise en charge des patients :

- Des réunions pluriprofessionnelles de coordination seront organisées mensuellement, pour que des concertations puissent se faire autour des dossiers complexes de certains patients,

- Des pathologies chroniques seront ciblées (diabète, hypertension, pathologies respiratoires sont fréquemment rencontrés), et suivies.

- Au sein du pôle de santé se trouve une salle de réunion, l'équipe médicale et para médicale assurera une éducation thérapeutique des patients, et jouera donc un rôle important de prévention. Le premier sujet étudié sera le diabète.

## **5) Modalités de l'organisation interne**

Bien qu'une structure pluri-professionnelle soit mise en place, le libre choix des patients sera respecté et lui sera précisé. Les règles de déontologie seront respectées.

Les patients seront informés, par affichage, de l'adhésion des professionnels de santé à un Pôle de santé.

### **. Organisation de la pluri-professionnalité**

- Un système de communication informatisé sécurisé, et mutualisé, est mis en place et partagé par les médecins. Celui-ci permet la mise en commun des fichiers, assurant ainsi une continuité des soins même en l'absence de l'un d'eux. Cet outil de travail pluri-professionnel répond au cahier des charges.

- Un protocole de prise en charge sera établi entre eux pour assurer une coordination des soins autour du patient.

- Le logiciel Hello doc a été retenu par les médecins.

- Le système de communication sécurisé permettant les échanges d'information entre professionnels de santé est APICRYPT. Cette messagerie permet aux professionnels de santé d'avoir un dossier médical patient plus complet. Elle permet de préserver la confidentialité des informations transmises par un cryptage de haut niveau des données informatiques.

- Le Dr Lionel DINH sera le responsable de coordination de toute l'équipe pluri-professionnelle.

- Le patient sera informé sur son droit d'accès à son dossier médical, qui pourra lui être restitué lorsqu'il le souhaitera.

- Un archivage sera fait sur un disque dur au sein du pôle médical, l'accès à celui-ci sera strictement limité. Toute trace sera effacée de l'archivage lors de la restitution du dossier au patient.

- Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respecteront l'équilibre pluri-professionnel.

### **. Accès aux soins et continuité des soins**

Le quartier de Furst, choisi comme quartier prioritaire de la nouvelle politique de la ville, est un quartier défavorisé. Une grande partie de la population y vit dans la précarité, et rencontre des difficultés de mobilité. La présence d'un tel Pôle de santé ne peut qu'améliorer leur prise en charge.

De plus, dans ce contexte, et conformément à la convention médicale conclue le 26 juillet 2011 entre l'UNCAM, et les principaux syndicats de médecins libéraux, les médecins généralistes pourront mettre en œuvre le dispositif d'avance des frais, prévus par les articles 5 à 11 au profit des assurés sociaux dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés à des dépenses de soins importants.

Les horaires de fonctionnement du pôle de santé seront affichés, et l'organisation interne avec son secrétariat permettra d'assurer une permanence des soins. La prise en charge de soins urgents non programmés pourra aussi être ainsi organisée.

Les médecins généralistes participeront, comme ils le font déjà actuellement, au tour de garde organisé sur le secteur.

## **6. Actions visant l'amélioration de la prise en charge des patients**

L'ensemble des professionnels de santé de ce projet s'engagent à respecter les recommandations de bonnes pratiques et les règles déontologiques.

Les professionnels de santé du Pôle s'engagent également à respecter leur obligation de formation continue permanente.

Le Dr Lionel DINH, s'engage à être maître de stage dans les deux ans à venir, il accueillera ainsi des étudiants en médecine, en fin de cursus universitaire.

Des étudiants en Pharmacie sont déjà régulièrement accueillis, des contacts réguliers sont déjà en cours avec la Faculté de Pharmacie de Nancy.

Pour faciliter cet accueil, les locaux du Pôle de santé intègrent un local qui permet l'hébergement des étudiants (plans joints au dossier).

## **Besoins immobiliers**

Ce projet a été mis en œuvre en réhabilitant totalement un espace commercial déjà existant, mais en partie abandonné de ses commerces. (Plans et photos en annexes)

La réhabilitation a tenu compte des éléments environnementaux de manière à réduire au maximum les besoins en énergie. Une rénovation complète des locaux, intérieure et extérieure, conforme à toutes les normes actuelles a été entreprise.

Facilitant la concrétisation de ce projet, certains professionnels y sont déjà installés : deux masseurs kinésithérapeutes, une officine de pharmacie, et un médecin généraliste.

L'accessibilité aux personnes handicapées est complète (bâtiment de plain-pied, banque d'accueil handicapée, toilettes handicapées).

Pour gérer au mieux des périodes épidémiques, des couloirs de sorties sont prévus dans les locaux, ceux-ci permettront une sortie directe des patients sans passage par une zone d'attente.

Un local destiné exclusivement au recueil des DASRI a été mis en place

Les locaux comprennent, conformément au cahier des charges, une salle de réunion, qui pourra accueillir des rencontres avec des patients dans le but d'une éducation thérapeutique.

Une pièce de garde équipée (cuisine, douche, convertible) est incluse dans les locaux et sera mise à disposition de tous les stagiaires ou médecins remplaçants.

Les malades et l'ensemble du personnel seront donc ainsi accueillis dans les meilleures conditions possibles avec un environnement favorable à la santé.

La localisation est ici très importante. Le projet se situe Place du Marché, lieu central de la commune. Sur cette place se trouve également la Mairie de Folschviller, lieu stratégique pour ce qui est de l'accueil social, et la Poste élément fondamental du Service Publique.

Le Pôle médical se trouve sur cette place ; le bâtiment est de plain-pied (on note donc une grande facilité d'accès aux locaux, pour les personnes handicapées notamment) ; et dispose d'une centaine de places de parking déjà totalement aménagé, et sécurisé, car sous surveillance vidéo.

Les travaux de réhabilitation complète du bâtiment qui ont été entrepris vont, petit à petit, redonner vie à cette partie de la commune abandonnée de tous les commerces.

## **Forme Juridique**

Pour faciliter le fonctionnement de cette structure pluri-professionnelle, les différents acteurs ont choisi de constituer une SISA.

## **Évolution du projet**

L'ensemble des professionnels de santé impliqués s'engagent, avec ce projet, dans une démarche de qualité.

Les réunions de coordinations mensuelles permettront certes d'évoquer les dossiers patients problématiques, mais elles seront aussi l'occasion d'évaluer les protocoles qui auront été mis en place dans le pôle de santé, et ceci dans tous les domaines, qu'il s'agisse de la prise en charge des patients ou du fonctionnement même du Pôle.

Ces périodes de réflexions communes et régulières, permettront toujours d'apporter des améliorations, à la fois, dans la prise en charge des patients et, et dans le confort de travail de toutes les personnes impliquées dans le Pôle de Santé.

## Conclusion

Ce projet, situé dans un quartier prioritaire de la nouvelle politique de la ville, a pour but de maintenir et d'étoffer l'offre de soins dans un quartier prioritaire de la nouvelle politique de la ville, dans lequel une grande partie de la population vit dans la précarité et se trouve bien souvent confrontée à des problèmes de mobilité.

La population pourra donc, à terme, trouver sur place, 3 médecins généralistes, 1 infirmière libérale, des consultations spécialisées avancées du groupe SOS, 2 masseurs kinésithérapeutes et 1 laboratoire d'analyses médicales, une officine de pharmacie, et à proximité, deux orthophonistes.

L'offre de soins sera ainsi très complète, et l'accès aux soins des habitants de ce bassin de vie, sera assurée.

## Signataires

Dr Patrice KLEIN (médecin généraliste) Dr Lionel DINH (médecin généraliste)

Mme Joséphine GICQUEL (IDE) Le groupe SOS

M. Olivier WANNY (masseur kinésithérapeute) Mme Sylvie Anne SCHAUBER (secrétaire)

M. Thibaut BECKER (masseur kinésithérapeute) Mme Marjorie BONAN (orthophoniste)

M. Benjamin LEROY (orthophoniste) Mme Michèle DINH (pharmacien)

Mlle Chloé HAUPLOMB (pharmacien)

Fait à Folschviller, le 30 aout 2016

## Avenant au Projet de Santé signé le 31 aout 2016

À partir du mardi 27 aout 2019,

Le Dr Anne CHIRAT, Médecin Généraliste,

Mlle Marie PETIT, Audio-prothésiste

Mme Véronique KIHN, Masseur, kinésithérapeute

Mme Mélanie BOUHALLOUFA, secrétaire médicale

Sont signataires du Projet de Santé de l'espace Médical du Chateau à Folschviller, ils s'engagent à participer au fonctionnement de la MSP , de manière à effectuer une prise en charge pluri-professionnelles des patients

## **Compte rendu de l'entretien "RETEX" d'une ESP**

**date de l'entretien:** 24/09/2021

**paramètres/durée de l'entretien:** entretien en présentiel, dans les locaux de la pharmacie Gravoulet, 1h30

**interlocuteur:** M. GRAVOULET, pharmacien titulaire de la pharmacie Gravoulet à Leyr (54)

### **1) La création de la structure**

#### **1.1) Nom et qualité de la structure**

La structure créée est une ESP: l'ESP de Leyr.

Il s'agit d'une association loi 1901.

L'ESP a déjà envoyé sa lettre d'intention à l'ARS (en décembre 2019), mais n'a pas encore signé de contrat avec l'ARS qui n'a toujours pas validé la structure.

#### **1.2) Historique de la création (quand, par qui, pourquoi, avec qui, évolution)**

L'ESP a été créée le 31/12/2019 (l'assemblée générale de constitution a eu lieu à cette date) pour pouvoir entrer en application au 01/01/2020.

Elle comportait alors 1 médecin (président de l'association), 1 pharmacien (vice-président), 2 IDE (secrétaire et trésorière).

Aujourd'hui elle compte également 2 pharmaciens en plus (les pharmaciens adjoints de la pharmacie Gravoulet).

L'ESP a été créée pour officialiser les actions interprofessionnelles qui existaient déjà et permettre le financement d'autres actions. Elle est née d'une initiative commune des membres du bureau de l'association qui exerçaient déjà de manière inter-professionnelle.

Ces professionnels de santé se sont retrouvés et ont discuté de la possibilité de créer une SSP, tous optèrent pour l'ESP (facilité de création et peu de contraintes). 15 jours plus tard, la lettre d'intention a été envoyée à l'ARS et l'assemblée générale constitutive de l'association avait lieu (une notification de réception de l'ARS vient seulement d'arriver, près de 18 mois après la lettre d'intention).

#### **1.3) Aides reçues lors de la création et aides reçues par la suite**

À l'heure actuelle, l'ESP n'a bénéficié d'aucune aide que ce soit financier ou moral, ni de l'ARS, ni d'instances locales, mais ça n'a pas été un problème grâce à l'expertise des différents professionnels de santé, le projet a pu être monté facilement.

Un projet immobilier est en préparation et là encore aucune aide n'est apportée par les instances locales.

#### **1.4) Retour sur la création : difficultés, améliorations possibles...**

Il n'y a pas eu de difficultés particulières à la création, mais le délai de réponse de l'ARS est à revoir. Si nous avions su, nous aurions peut-être monté une MSP (comme c'est une commission différente qui se charge des MSP, la structure serait peut-être déjà prête depuis longtemps).

En effet, la commission des ESP a dû gérer énormément de dossier de création (avec de nombreux projets creux) ce qui enlève cette commission qui a accumulé pas mal de retard.

## **2) La vie de la structure**

### **2.1) Actions menées et actions futures**

#### **Système d'information**

L'ESP a mis en place un système de messagerie sécurisée et commun à tous les membres de l'ESP: Pandalab. Chaque professionnel a téléchargé l'application sur son téléphone, à la pharmacie pandalab est disponible sur chaque post de manière à ce que chaque membre de l'équipe officinale puisse y accéder.

Ce système a été proposé par nous même, en effet, comme on travaille avec LGPI, nous avons accès facilement à ce service.

Ce système d'information permet de fluidifier les échanges entre les différents professionnels de l'ESP et permet de gagner du temps et de l'efficacité. Exemple concret: lorsqu'on a une question par rapport à une ordonnance, que ce soit d'un médecin ou d'un IDE, plus besoin d'appeler le professionnel au risque d'être mis en attente, il suffit de laisser un message via pandalab et ce dernier répond toujours très rapidement. On n'utilise le téléphone seulement si la réponse se fait attendre. C'est surtout très pratique avec les ordonnances d'IDE qui sont difficilement joignables par téléphone entre les soins et la route.

#### **Automesure de la tension à domicile**

La pharmacie met à disposition, gracieusement des tensiomètres sur avis du médecin généraliste du village afin que certains patients surveillent par automesure leur tension artérielle. Ces mesures sont faites sur 3 jours avec 3 mesures consécutives (on retient la moyenne des 3 mesures) à 3 moments de la journée (soit 9 mesures par jour pour 3 valeurs de tensions). Au terme de ces 3 jours, le patient rend le tensiomètre à la pharmacie et les résultats des mesures à son médecin traitant.

C'est une bonne forme de coopération parce qu'on sait que les mesures prises en cabinet sont souvent surévaluées et que l'automesure au domicile reste une excellente alternative pour évaluer la tension d'un patient. Cependant les médecins n'ont pas la culture (ni le temps) de la location d'appareil, c'est donc tout naturellement qu'ils confient cette mission aux pharmaciens qui eux ont

cette culture de la location de matériel, qui sont habitués au suivi du matériel de location, à la désinfection de ce matériel...

Cette mesure a permis d'optimiser de nombreux traitements antihypertenseur. En effet il a permis de réduire dans de nombreux cas les traitements antihypertenseur des patients. On a vu des patients chez qui on a pu retirer jusqu'à 3 médicaments anti HTA chez certains patients sans que leur tension artérielle n'augmente. Dans d'autres cas, il a mis en évidence le manque d'efficacité de certains traitements, ce qui a permis une mise à jour rapide du traitement pour une prise en charge optimale.

En plus de ce suivi rapide et renforcé, l'automesure permet aux patients de devenir acteurs de leur traitement ce qui permet une bien meilleure observance de celui-ci.

C'est une action qui était déjà menée par la pharmacie et le médecin généraliste avant la constitution de l'ESP et c'est d'ailleurs autour de ce projet que l'idée de se constituer en ESP a germé, pour officialiser cette action et pouvoir bénéficier de financements pour cette mesure (notamment pour agrandir et renouveler le parc de tensiomètre).

### **Motivation à la vaccination**

Avec la constitution de l'ESP, toute l'équipe a voulu se lancer dans une mission commune. La pharmacie faisait déjà une campagne de promotion de la vaccination antigrippale chaque année avec affichage, badges portés par toute l'équipe et discours de motivation envers la patientèle. Maintenant, tous les professionnels de la structure se sont lancés dans l'aventure.

Pour se faire, il a fallu mettre au point une stratégie commune avec toute l'équipe:

- formation sur l'entretien motivationnel (questionner les patients et répondre à leur interrogation sans marteler un discours tout fait)
- une date commune pour que tous commencent la campagne au même moment, ce qui fait écho auprès des patients et renforce le message
- établir un discours et une stratégie commune (commencer la vaccination le plus tôt possible pour éviter les vaccinations pendant l'épidémie de grippe)
- définir et viser prioritairement les populations cibles
- campagne commune d'affichage et d'exemplarité avec le port de badge indiquant que les professionnels de l'ESP ont été vaccinés

Ces actions ont porté leur fruit, nous avons remarqué beaucoup plus de dialogue avec les patients qui lançaient eux-mêmes la discussion. Pendant la campagne 2020, l'ESP a obtenu un taux de vaccination antigrippale de 91,4% dans la population cible.

L'ESP a également décidé d'ajouter la promotion de la vaccination anti-pneumococcique chez les patients diabétiques. Cette stratégie a été payante puisque 2/3 des patients y ont adhéré et se sont fait vacciner. À l'heure actuelle, il est estimé que 80% de ces patients ont été vaccinés.

Bien évidemment, toute l'équipe a fait de même avec la vaccination anti-covid. Toute l'équipe s'est également impliquée en vaccinant. Les IDE et le médecin ont pour l'instant stoppé la vaccination, car c'est plus difficile pour ces professionnels d'associer cette activité spécifique avec l'exercice de leur art. En effet, c'est chronophage et le temps utilisé empiète sur leurs autres activités, ce qui n'est pas forcément le cas dans une officine. Ils recommenceront la vaccination avec la hausse des demandes pour la 3e dose, notamment les IDE avec la vaccination à domicile des personnes à mobilité réduite.

### **Formations communes**

L'équipe de l'ESP essaie également de suivre des (pas nécessairement toutes) formations en communs pour orienter les activités et les réponses de l'ESP de manière commune.

### **Projet immobilier**

Un projet immobilier est en cours pour que tous les membres de l'ESP se rapprochent. Un même pâté de maisons accueillera la pharmacie et les différents cabinets médicaux et paramédicaux. Ces nouveaux locaux ont également été pensés pour l'exercice coordonné avec notamment la présence d'une salle de réunion.

## **2.2) Relations au sein de la structure (entre les acteurs)**

Les relations entre les professionnels de la structure sont très bonnes et l'ont toujours été. Il y a toujours eu des relations régulières avec les autres professionnels de santé et des réunions avec ceux-ci dans les locaux de la pharmacie.

Depuis la constitution de l'ESP, les réunions et les contacts se sont multipliés et facilités (notamment grâce à pandalab).

Les formations communes participent également à la bonne entente entre les membres de la structure.

Pour pinailler, on peut dire que les relations sont passées de très bonnes à très très bonnes.

## **2.3) Relations avec les autres acteurs de l'environnement de la structure**

Comme dit précédemment, nous n'avons que très peu de contact avec les instances locales, aucun même en-dehors des contacts nécessaires au projet immobilier.

Nous avons quelques contacts avec d'autres cabinets infirmiers, la pharmacie sert notamment de dépôt de prélèvement pour le laboratoire de Frouard (via une convention), mais les relations n'ont pas changé depuis la constitution de l'ESP (ni en bien ni en mal). De même avec les autres prescripteurs avec lesquels on est amené à traiter. Les relations sont cordiales.

## **2.4) Perspectives d'évolution de la structure**

Comme évoqué précédemment, il y a un gros projet d'évolution prochaine: la migration dans de nouveaux locaux (toujours situés à Leyr) et qui accueilleront tous les professionnels de l'ESP (en respectant la législation bien entendu).

Ces locaux faciliteront la coordination des actions, les formations et les réunions avec notamment un local dédié.

Pour la suite, pourquoi pas muter en MSP, mais pour cela il faudrait un 2e médecin (peut-être attiré par les nouveaux locaux et l'ESP).

La possibilité d'adhérer à une CPTS n'est pas encore à l'ordre du jour: il n'y a pas de CPTS sur le secteur et nous n'avons ni la volonté, ni l'énergie, ni l'intérêt de nous lancer dans une telle entreprise.

Pour l'instant "*small is beautiful*", faisons petit mais faisons bien.

### **3) Retour du pharmacien :**

#### **3.1) Place et rôle du pharmacien dans la structure (exercice coordonné)**

Le pharmacien a été force de proposition dans l'ESP, il a initié:

- le prêt des tensiomètres pour l'automesure
- la motivation à la vaccination
- l'outil pandalab (l'ESP utilisait MiSS Messagerie immédiate Sécurisée de Santé de l'apicrypt avant, mais l'outil n'était pas satisfaisant notamment quant au délai de transmission des messages et au tarif)

Le pharmacien est voué à cette place d'incitateur parce qu'il est déjà habitué à jongler entre les différents professionnels et avec différents outils (informatiques, qualité ...).

Comme l'ESP n'est pas soumise aux ACI, aucun protocole coordonné n'est possible, protocole qui s'compliquent de toute manière très à mettre en place. Le pharmacien est plus apte à agir via des actions ciblées et menées conjointement avec les autres professionnels de l'ESP.

#### **3.2) Intérêt (économique, relationnel, pharmacologique,...)**

##### **Intérêt économique:**

L'intérêt économique n'est ni le plus concret ni le plus recherché de toute manière, on ne se lance pas dans une ESP pour gagner de l'argent (même si le financement de certains projets est intéressant), mais surtout pour officialiser les actions menées et dédommager les professionnels de santé sur le temps pris pour mettre en place ces actions. Notamment pour les autres professionnels de santé qui sont obligés de prendre sur leur temps de consultation et d'exercice pour participer aux actions de l'ESP.

##### **Intérêt relationnel:**

L'intérêt relationnel est certain et surtout dû à l'outil d'information pandalab. Il s'est avéré très utile et extrêmement efficace au quotidien pour discuter de cas de comptoirs (questions sur des traitements, des pansements...).

Il a notamment fait ses preuves pendant la crise de la covid où nous avons énormément échangé avec les IDE qui avaient des questions sur les tests antigéniques (que nous avons déjà mis en place à la pharmacie) ou sur la vaccination.

Nous avons pu partager de la documentation via pandalab qui a permis d'impliquer les IDE dans le choix des pansements notamment.

### **Intérêt pharmacologique:**

Là encore pandalab est utile pour des discussions rapides et efficaces, des partages d'ordonnances ou de documents utiles à la prise en charge des patients.

L'intérêt pharmacologique le plus significatif a été sur l'optimisation des traitements antihypertenseur des patients de l'ESP avec une diminution nette de ces traitements pour une même efficacité.

De même avec la vaccination, on ne peut que se réjouir des taux de vaccination obtenus.

### **3.3) Satisfaction apportée par la structure**

Nous sommes satisfaits de cette structure dans la mesure où on ne perd pas trop de temps, il n'y a pas de contraintes et nous avons d'excellents retours des patients et des professionnels de santé quant à l'efficacité des actions menées.

On aimerait aller plus loin, mais pour ça il faut attendre le retour de l'ARS et rédiger notre projet de santé. On pourrait alors renouveler le parc de tensiomètre et surtout mettre en place de nouvelles actions (qui sont en discussions) comme de l'éducation thérapeutique, des entretiens pharmaceutiques ou encore des bilans partagés de médication (BPM), des TRODS angines ou encore d'autres mesures dans le domaine de l'infectiologie.

### **3.4) Perspectives d'évolution pour la pharmacie dans la structure**

Nous sommes et resterons force de proposition.

Comme dit précédemment, nous attendons le retour de l'ARS pour mettre en place de nouvelles actions qui nous permettraient de recentrer l'éducation du patient autour du pharmacien.

## **4) Expression libre, questions**

Je m'interroge sur la mise en place de l'exercice coordonné en général. En effet, il ne fait aucun doute qu'il soit bénéfique pour le patient, mais les notions de management d'équipe manquent souvent aux différentes structures pluridisciplinaires. On arrive à des situations où soit il y a une ou des personnes motrices du projet et celui évolue, soit le projet n'est qu'une coquille vide.

C'est le problème majeur en ce moment, notamment avec les ESP, beaucoup de projets ont été montés, car il y avait des promesses de financements faciles, mais ce sont des projets vides qui enlisent les commissions paritaires de validation des dossiers et donc les projets qui ont du sens prennent du retard et ces dommages.

Je m'interroge également, mais c'est surtout dû aux volontés de "ma santé 2022", de l'intérêt de la montée en force rapide des SSP. Il vaudrait peut-être mieux s'assurer d'avoir un socle de structures qui fonctionnent et qui font exemples avant d'en lancer des myriades.

On le voit notamment avec la volonté de couvrir tout le territoire de CPTS qui aidera à la création de MSP et ESP. À mon avis le problème est pris dans le mauvais sens, il vaudrait mieux créer des petites structures qui une fois fonctionnelle auront vocation à travailler ensemble et surtout qui auront mis en place tout un catalogue d'actions qui seront adaptables à d'autres équipes et d'autres échelles.

Je m'inquiète également de la confusion entre certaines grosses CPTS et les instances de professionnels (URPS, syndicats...). En effet certaines CPTS sont interrogées à la place de certaines instances alors qu'elles ne sont pas forcément plus aptes, mais surtout que ce n'est pas du tout leur rôle.

Je pense que l'intérêt pour les grosses structures est prématuré, il ne faut pas oublier que "*small is beautiful*" et surtout que "*small ça fonctionne*". Par un exemple simple, la CPTS de Nancy a mis presque 2 ans pour simplement mettre en place un audit sur un sujet simple: les médecins traitants des patients admis à l'hôpital sont-ils prévenus. La réponse a été simple: non, mais aucune action corrective n'a encore été mise en place à ce sujet.

Il ne faut pas oublier qu'il y a un principe qui outrepassé toutes les volontés et projets: le principe de réalité.

## **Compte rendu de l'entretien "RETEX" d'une CPTS**

**date de l'entretien:** printemps et été 2021

**paramètres/durée de l'entretien:** plusieurs échanges de courriels puis plusieurs petits entretiens en présentiel, dans les locaux de la pharmacie cantonale de Vic-sur-Seille d'une vingtaine de minutes chacun

**interlocuteur:** Mme CADET, pharmacien titulaire de la pharmacie cantonale de Vic-sur-Seille (57)

### **1) La création de la structure**

#### **1.1) Nom et qualité de la structure**

La pharmacie fait partie de la maison médicale de Vic Sur Seille (pas de structure sociale) et est adhérente à la CPTS Moselle Sud (association loi 1901).

#### **1.2) Historique de la création (quand, par qui, pourquoi, avec qui, évolution)**

##### **La maison médicale de Vic Sur Seille**

Elle a été créée en 2015 à l'initiative du titulaire de la pharmacie cantonale de Vic sur Seille (M.JACQUOT à ce moment).

En 2015, M. JACQUOT décide de déménager son officine dans des locaux plus grands et neufs en bordure du village. Sur le nouveau terrain, facilement accessible, M. JACQUOT voit l'opportunité d'offrir aux patients un accès aux soins facilité. Il propose alors aux autres professionnels de santé du secteur de se regrouper dans une même structure.

M. JACQUOT souhaite alors créer une offre de soins complète, centralisée et de proximité aux habitants de sa commune et des alentours.

Il essaie d'abord de créer une structure de santé pluri-professionnelle de type ESP ou MSP, mais l'ampleur des démarches administratives (notamment avec l'ARS) et surtout les obligations contractuelles imposées aux médecins généralistes dans de telles structures ont conduit à la création d'une maison médicale autonome sur fond propre (sans médecin signataire il est impossible de créer une SSP même si plusieurs autres professionnels sont partants). C'est-à-dire que les professionnels de santé se sont concertés (sans passer par la sécurité sociale ou l'ARS) pour se regrouper et interagir ensemble sur le même secteur.

À sa création, cette maison médicale comptait : 1 pharmacie, 1 dentiste, 3 médecins généralistes et 1 IDE. Aujourd'hui elle compte un dentiste et 1 IDE en plus.

## **La CPTS moselle sud**

La CPTS moselle sud a été créée le 8/11/2018

La date de création est la seule donnée que j'ai réussi à trouver, la CPTS moselle sud n'ayant jamais répondu à mes nombreuses demandes. La pharmacie y adhère depuis mi 2019.

### **1.3) Aides reçues lors de la création et aides reçues par la suite**

Pour la création de la maison médicale, M.JACQUOT n'a eu aucune aide ni des collectivités locales ni de l'ARS malgré de nombreuses demandes d'accompagnement à l'ARS

### **1.4) Retour sur la création : difficultés, améliorations possibles...**

Pour la maison médicale, on aurait bien aimé bénéficier de l'aide de l'ARS, ce qui nous aurait été bénéfique pour savoir quelle structure créer et comment. Donc comme amélioration possible: des réponses de l'ARS.

## **2) La vie de la structure**

### **2.1) Actions menées et actions futures**

#### **Avec la maison médicale**

Des réunions sont tenues régulièrement (dès qu'un point pose problème ou nécessite une réunion) pour:

- discuter de certains cas de patients
- de l'actualité médicale (nouvelles recommandations, nouveaux médicaments, nouvelle législation,...)
- entretenir les relations privilégiées, discuter du fonctionnement ou de l'avenir de la maison médicale.

#### **Avec la CPTS**

Avec la pandémie nous avons été mandatés par la CPTS pour être un relai de masque pour de nombreux professionnels de la CPTS (dont des professionnels que nous n'avons jamais vus avant).

### **2.2) Relations au sein de la structure (entre les acteurs)**

Dans la maison médicale, les relations sont excellentes, tous les professionnels s'entendent parfaitement et se respectent. C'est d'ailleurs un point qui devrait être plus abordé dans les études de santé: les relations interprofessionnelles et le respect mutuel entre professions. Des amitiés se forment.

Pour la CPTS nous sommes un numéro: on vient nous chercher quand on a besoin de nous sinon silence radio.

## **2.3) Relations avec les autres acteurs de l'environnement de la structure**

Les relations avec les autres professionnels sont bonnes et n'ont pas été changées par la création de la maison médicale ni par l'adhésion à la CPTS. De par notre situation géographique un peu isolée, nous ne traitons pas avec beaucoup de professionnels en dehors de ceux dans l'environnement très proche (donc surtout ceux de la maison médicale).

## **2.4) Perspectives d'évolution de la structure**

Le but est surtout d'attirer de nouveaux médecins pour remplacer les futurs départs en retraite.

Récemment les autres professionnels de la maison médicale ont eu envie de tenter à nouveau de créer une ESP ou une MSP, nous devons nous réunir prochainement pour en discuter. À voir si cette fois-ci nous aurons le nombre de médecins nécessaire et si nous réussissons à monter le dossier nous même (on ne compte pas sur l'ARS pour nous aider).

## **3) Retour du pharmacien :**

### **3.1) Place et rôle du pharmacien dans la structure (exercice coordonné)**

#### **Dans la maison médicale**

On a un réel rôle de coordination et de liaison dans la maison médicale que ce soit auprès des professionnels ou des patients. Le plus souvent les patients viennent nous voir comme premier contact avec la maison médicale, notamment pour des questions d'orientation. Nous sommes comme partout le premier rempart auquel toquent ou s'en prennent les patients (et sur ce dernier point, ils nous ont pas mal sollicités pendant la pandémie.

Les autres professionnels nous contactent également avec de nombreuses interrogations et le contact se fait très facilement avec ceux-ci.

#### **Dans la CPTS**

On a clairement eu un rôle de logisticien dans la crise du covid (nous n'avons pas eu de contact avant ni depuis). Tantôt distributeurs de masques, tantôt de vaccins, mais sans aucun soutien ni aucune reconnaissance de la structure.

### **3.2) Intérêt (économique, relationnel, pharmacologique,...)**

#### **Intérêt économique**

Pour la maison médicale, le fait que nous soyons tous regroupés sur un même lieu, cela génère forcément du passage et donc du chiffre d'affaire. Le nom de maison médicale aide quant à lui à fidéliser les patients: ils savent que les professionnels communiquent plus entre eux et ont des interactions privilégiées, cela rassure les patients quant à leur prise en charge.

Quant à la CPTS, je n'y vois aucun intérêt économique pour l'instant. D'autant plus si on prend en compte le coût de l'adhésion.

### **Intérêt relationnel**

Personnellement, quelle que soit la pharmacie où j'ai exercé, j'ai toujours eu de très bonnes relations avec les autres professionnels de santé du secteur et celle-ci ne fait pas exception. Les réunions sont un plus pour la communication entre les équipes. Les bonnes relations entretenues dans la maison sont toujours un plus pour avoir une réponse rapide notamment en cas de problème.

Pour la CPTS: nous n'avons quasiment pas de contact en dehors de ceux initiés par la CPTS quand ils ont eu besoin de nous, donc pas d'intérêt.

### **Intérêt pharmacologique**

Les réunions que nous mettons en place en cas de problème sont un atout d'un point de vue pharmacologique, car on peut avoir une réponse concertée, complète et rapide pour répondre de la meilleure manière possible au problème posé.

Pour la CPTS il n'y a pas d'intérêt pharmacologique.

### **3.3) Satisfaction apportée par la structure**

Je suis plutôt satisfaite de la maison médicale qui nous permet un rapprochement et des relations privilégiées entre les professionnels. Elle permet une situation pérenne pour la pharmacie en assurant une attractivité suffisante et constante pour les patients, mais aussi une assurance d'une prise en charge complète et personnalisée pour les patients.

J'attends de voir si une évolution en ESP ou MSP est possible et ce que l'on pourrait alors faire.

Quant à la CPTS, je n'en vois pas l'intérêt à part être utilisé quand on est nécessaire et oublier le reste du temps. Je songe très sérieusement à ne pas réitérer mon adhésion.

### **3.4) Perspectives d'évolution pour la pharmacie dans la structure**

Dans l'immédiat je ne vois pas d'évolution pour la pharmacie. À voir si une évolution de la structure s'opère, ce que ça peut apporter et changer pour nous.

## **4) Expression libre, questions**

Comme dit précédemment, je réfléchis très sérieusement à ne pas renouveler mon adhésion à la CPTS. En effet j'ai été plus que déçue par cette structure que je trouve inutile. Ils sont efficaces pour vous trouver quand ils ont besoin de vous, mais impossible à contacter quand vous avez besoin

d'eux. À moins de faire partie du bureau de la CPTS, ses membres sont choyés, elle n'apporte aucun bénéfice.

C'est vraiment dommage que la présence de médecins soit obligatoire pour la création d'ESP ou de MSP, car de nombreux professionnels de la maison médicale étaient d'accord pour créer une telle structure, mais pas les médecins. Cette situation nous bloque tous y compris les patients au bout du compte.

L'accompagnement de l'ARS et la promotion des structures possibles pourraient également être revus. En effet, M. JACQUOT n'a jamais eu de retour de l'ARS malgré de nombreuses relances quant à la création possible d'une SSP. On ne savait pas vraiment comment faire ni à qui d'autre s'adresser et là encore c'est dommage parce qu'avec un accompagnement correct ou de bons outils et supports nous aurions pu mieux étudier les différentes possibilités et peut-être créer plus facilement notre structure.

## DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 28/10/2021

<p align="center"><b>DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</b></p> <p>présenté par : Roch RACCOSTA</p> <p><u>Sujet</u> : La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) : Place et intérêt pour le pharmacien d'officine</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : Mme Brigitte LEININGER-MULLER, Professeur des universités      Directeur : M. Christophe WILCKE, Docteur en pharmacie      Juges : M. Julien GRAVOULET, Professeur associé      Mme Elodie CADET, Docteur en pharmacie</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 10/10/2021</p> <p align="center">Le Président du Jury      Directeur de Thèse</p> <p align="center">         Mme Brigitte LEININGER-MULLER     </p> <p align="center">         M. Christophe WILCKE     </p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 15.10.2021</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">         Pr. Raphaël BISSAL     </p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 30.10.2021</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">         Pierre MUTZENHARDT     </p> <p>N° d'enregistrement : 12068C</p>

N° d'identification : 12068C

**TITRE**

**La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures  
d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) :  
Place et intérêt pour le pharmacien d'officine**

Thèse soutenue le 28/10/2021

Par M. RACCOSTA Roch

**RÉSUMÉ :**

L'exercice des professionnels de santé évolue avec le temps. Ces professions libérales tendent à se regrouper dans des structures où l'exercice coordonné attire, intéresse et devient la norme.

Les nouvelles structures de santé pluriprofessionnelles (MSP, ESP et CPTS) incarnent cette évolution. Ces entités, plus ou moins faciles à créer et à gérer, se multiplient rapidement sur tout le territoire français et proposent de nombreux avantages.

Que ce soit économiquement ou pour leurs possibilités d'amélioration de l'offre de soin et de la prise en charge des patients, le pharmacien a intérêt à exercer dans de telles structures.

Le pharmacien, expert de certains domaines et habitué à jongler entre tous les acteurs de santé, dispose d'une place de choix dans ces structures où il peut être tantôt coordinateur, tantôt force de proposition, mais toujours acteur de premier ordre.

Il convient cependant de suivre l'évolution de ces structures. Il faut surveiller leur taille qui peut les rendre contre-productives si trop grandes, mais aussi rester vigilant sur les évolutions des missions proposées.

Des missions spécifiques aux pharmaciens ont été créées dans ces structures (pharmacien correspondant, dispensations sous protocoles), mais sont pour l'instant infructueuses (contraignantes, difficiles à mettre en œuvre, procédurières, chronophages, peu efficaces...)

La santé de demain se fera avec ces structures et le pharmacien doit en faire partie, doit y insuffler son expertise et doit en surveiller l'évolution.

**MOTS CLÉS :** structure de santé pluridisciplinaire, pluriprofessionnel, MSP, ESP, CPTS, exercice coordonné

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Christophe WILCKE	URPS Pharmacien Grand-est	Expérimentale <input type="checkbox"/>
Brigitte LEININGER- MULLER (codirectrice)		Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/>
		Thème <input checked="" type="checkbox"/>

**Thèmes**    1 – Sciences fondamentales    2 – Hygiène/Environnement  
              3 – Médicament                    4 – Alimentation – Nutrition  
              5 – Biologie                         6 – Pratique professionnelle