

**Université de POITIERS**

**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

**ANNEE 2014**

**Thèse n°**

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement  
le 27 février 2014 à POITIERS  
par Monsieur HAZARD Thibaut  
né le 26 mai 1988

Le diabète :

Modes de coopération interprofessionnelle  
et place du pharmacien

Composition du jury :

Président :

Mme JOUANNETAUD Marie-Paule, Professeur

Membres :

M. HOUNKANLIN Lydwin, Docteur en Pharmacie, Maître de Conférences Associé

Mme NINEUIL Marie, Docteur en pharmacie

Directeur de thèse : M. HOUNKANLIN Lydwin, Docteur en Pharmacie, Maître de  
Conférences Associé

# REMERCIEMENTS

## Je remercie ...

- Madame JOUANNETAUD de me faire l'honneur de présider le jury
- Monsieur HOUNKANLIN d'avoir accepté d'être mon maître de thèse, de ses corrections de qualité, et de son dévouement pour réaliser un enseignement de 6ème année nous préparant pleinement à exercer ce beau métier.
- Madame NINEUIL d'avoir accepté d'être jury. J'ai la chance d'avoir pu faire mon stage et de travailler dans votre officine où j'apprends à vos côtés, chaque jour, ce métier qui est le notre. Je vous en suis extrêmement reconnaissant.
- Le réseau Atlantique Diabète d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien et plus particulièrement Madame DJAKOURE et Madame TAUPIN.
- L'équipe officinale de la pharmacie des Templiers, Madame SOUCHAUD, Damien, Nathalie et Alexandrine pour leur soutien.
- Marie d'être à mes côtés...
- Mes beaux parents Jean Pierre et Danielle pour leur aide tout au long de ces études et corrections de cette thèse. Vous m'avez accueilli dans votre famille comme votre propre fils et je vous en serais toujours reconnaissant.
- Tous mes amis de me supporter...
- Ma famille

# SOMMAIRE

Liste des abréviations : .....	2
Liste des figures.....	4
Liste des tableaux.....	4
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE I : Le diabète et ces différents intervenants.....</b>	<b>7</b>
I-Rappels sur la pathologie.....	8
1-Le diabète: définition.....	8
2-Épidémiologie : données issues de l'INVS (institut national de veille sanitaire).....	9
3-Petit point dans le Poitou Charentes : .....	15
4-Suivi de la pathologie.....	17
II-Les intervenants dans la pathologie.....	21
1-Les professionnels de santé.....	21
1.a. Le médecin généraliste.....	21
1.b. L'endocrinologue.....	21
1.c. Les autres spécialités médicales.....	22
1.d. Le pharmacien en officine.....	23
1.e. Le pharmacien biologiste.....	24
1.f. L'infirmière .....	24
1.g. Le pédicure-podologue .....	25
1.h. La diététicienne .....	26
2-Les non professionnels de santé.....	28
Les associations de patients.....	28
<b>PARTIE II : Les différentes formes de coopérations.....</b>	<b>31</b>
I-La coopération.....	32
II- les différentes formes de coopérations.....	38
1-Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).....	38
2-Les sociétés interprofessionnels de soins ambulatoires (SISA).....	42
3-Les pôles de santé.....	49
4-Les réseaux de santé.....	50
<b>PARTIE III : Le pharmacien dans les coopérations.....</b>	<b>56</b>
I- Place du pharmacien dans le système de santé : de nombreuses missions.....	57
II- Place du pharmacien dans la coopération ?.....	60
III- Quelles formations complémentaires pour rentrer pleinement dans une coopération ?	63
IV-Un exemple de SISA avec un protocole incluant deux pharmaciens.....	63
1- Présentation de l'expérimentation ESPREC.....	63
2- La maison de santé de Pont d'Ain.....	66
V- Entretien avec le réseau de santé diabète en Charentes-Maritime : le Réseau « ATLANTIQUE DIABETE ».....	67
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>
Bibliographie.....	83

## Liste des abréviations :

**ACREDIA** : Association Charentaise de Recherche en Education DIAbétique

**ADO** : Anti-Diabétique Oral / Anti-Diabétiques oraux

**AFD** : Association Française des Diabétiques

**AMI** : Aide Médico-Infirmier

**ANSM**: Agence Nationale de Sécurité du Médicament

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de SANTé Libérale En Equipe

**ASG** : AutoSurveillance Glycémique

**BOS** : Bulletin Observation Santé

**CFE** : Cotisation Foncière des Entreprises

**CHU** : Centre Hospitalo-universitaire

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**CSAPA** : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSP**: Code de la Santé Publique

**DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

**DFG** : Débit de Filtration Glomérulaire

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DGS**:Direction Générale de la Santé

**DMP** : Dossier Médical Personnel

**DPC**:Développement Professionnel Continu

**DPP4** : Dipeptidyl Peptidase 4

**DT1**:Diabète de Type 1

**DT2** : Diabète de Type 2

**DU** : Diplôme Universitaire

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ENMR** : Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération

**ENNS** : Étude Nationale Nutrition Santé

**ENTRED** : Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques

**ESPREC** : Équipe de Soins de Premiers REcours en suivi de Cas complexes

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**FIQCS** : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

**FIR**: Fonds d'Intervention Régionale

**GLP-1** : Glucagon-Like Peptide-1

**GMSIH** : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HbA1c** : Hémoglobine Glyquée fraction A1c

**HCPP** : Haut Conseil des Professions Paramédicales

**HPST (loi)** : Hôpital Patient Santé Territoire

**HTA** : HyperTension Artérielle

**IEC** : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion  
**IMC**: Indice de Masse Corporelle  
**INCa** : Institut Nationale du CAncer  
**INVS** : Institut Nationale de Veille Sanitaire  
**ISQ** : Indice Santé Qualité

**MDRD** (formule) :Modification of the Diet in Renal Disease  
**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaires

**NMR** : Nouveau Mode de Rémunération

**OMS** : Oganisation Mondiale de la Santé  
**ORS** : Observatoire Régionale de la Santé

**PS** : Professionnel de Santé  
**PSP** : Pôle de Santé Pluridisciplinaire  
**PPS** : Plan Personnalisé de Santé

**SCM** : Société Civile de Moyens  
**SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires  
**SNC** : Société en Nom Collectif

**TVA** : Taxe sur la Valeur Ajoutée

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## **Liste des figures**

figure 1 : Comment créer un protocole ?

figure 2 : Processus global de création d'un protocole ?

figure 3 : Création d'un protocole

figure 4 : Adhésion à un protocole

## **Liste des tableaux**

tableau 1 : Prise en charge des patients diabétiques en 2008

tableau 2 : Taux d'atteinte d'objectifs recommandés en matière de suivi des patients diabétiques pour l'année 2009

# **INTRODUCTION**

En France, le patient atteint d'une pathologie chronique est souvent confronté à de nombreux acteurs. Il passe d'un professionnel de santé à un autre avec souvent une perte ou un manque de transmission d'informations pour son suivi.

Depuis quelques années, les termes de coordination et coopération se développent et commencent à trouver une réalité physique. En effet la prise en charge du patient serait améliorée si les professionnels de santé travaillaient ensemble, plutôt que les uns après les autres, sans relation. Le métier de pharmacien, profession si particulière de part sa dualité "commerçant / professionnel de santé", est autorisé légalement à intégrer ces coopérations. Le système de santé doit évoluer vers un décloisonnement et le pharmacien doit y trouver sa place.

Le diabète a été choisi pour évoquer cette problématique car nécessitant une approche pluridisciplinaire. Cette pathologie bien connue reste un problème de santé publique majeur. La coordination, coopération et l'éducation thérapeutique peuvent améliorer la prise en charge du diabète via des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), des pôles de santé pluridisciplinaires (PSP), des réseaux de santé et autres Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

Dans une première partie, nous allons nous intéresser à la pathologie diabétique, sa prise en charge et les différents acteurs intervenants.

Dans la seconde partie, seront développées les différentes formes de coopérations possibles et la manière de les mettre en place.

Enfin, dans la dernière partie, nous évoquerons l'intégration du pharmacien dans ces coopérations avec des exemples de coopérations existantes.

# **PARTIE I : Le diabète et ces différents intervenants**

# I-Rappels sur la pathologie

## 1-Le diabète: définition

Le diabète est une pathologie d'origine métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique liée à une déficience, soit de la sécrétion d'insuline, soit de l'action de l'insuline, soit de la combinaison des deux (1).

S'il n'est pas traité correctement il peut engendrer de graves complications affectant le cœur, les vaisseaux, les yeux, les reins et les nerfs. Un bon contrôle de la maladie (donc de la glycémie) peut permettre de réduire notablement ces risques de complications (1).

- Le diabète de type 1 est causé par la destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans, dans le pancréas, ce qui entraîne un défaut de la sécrétion d'insuline. La pathologie apparaît souvent chez l'enfant et le jeune adulte, avec un début brutal (1).
- Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente du diabète. Il correspond à une diminution de la sécrétion d'insuline et une résistance des tissus à son action. Il peut évoluer sans symptôme pendant plusieurs années et même être découvert à l'apparition de complications. Le dépistage est recommandé à partir de 45 ans. Des facteurs tels que le surpoids et l'obésité augmentent le risque de survenue de ce type de diabète. Il peut être pris en charge par un régime diététique seul mais le plus souvent avec des anti-diabétiques oraux (ADO). Dans les phases tardives, le recours à l'insuline peut s'avérer nécessaire. La pathologie survient essentiellement chez les adultes mais peut apparaître également dès l'adolescence. (1)

Il existe d'autres formes de diabète qui représentaient, en 2007, moins de 2,5% des cas traités pharmacologiquement en métropole (1):

- le diabète gestationnel (le plus souvent transitoire car lié à une résistance à l'insuline pendant la grossesse mais pouvant également persister après)
- le diabète résultant de conditions spécifiques (diabètes secondaires à la prise de corticoïdes, à une pancréatite...)
- le diabète secondaire à une maladie génétique (diabète secondaire à une hémochromatose, à une mucoviscidose ou diabète correspondant à une forme génétique identifiée de type Mody...).

## 2-Épidémiologie : données issues de l'INVS (institut national de veille sanitaire)

La prévalence du diabète pris en charge pharmacologiquement en France est estimée par l'Assurance maladie à 4,6 % en 2011. Cette proportion correspond à plus de 3 millions de personnes diabétiques. Un pic de prévalence est observé entre 75 et 79 ans. Dans ce groupe d'âge, 20 % des hommes (1 sur 5) et 14 % des femmes sont traités pour un diabète (2).

Une augmentation continue de la prévalence de la maladie a été observée de 2000 à 2011, estimée à + 5,4 % par an. Cette augmentation devrait se poursuivre en raison des facteurs suivants (2) :

- le vieillissement de la population
- l'augmentation de l'espérance de vie des personnes diabétiques
- l'augmentation de la population présentant une obésité

L'augmentation de prévalence est particulièrement élevée dans les départements les moins favorisés d'un point de vue socio-économique (2).

Les valeurs citées précédemment ne prennent pas en compte les patients diabétiques non traités par des médicaments. Il faut donc ajouter la prévalence du diabète diagnostiqué et non traité pharmacologiquement. Cette prévalence a été estimée par l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) à 0,6 % chez les personnes âgées de 18 à 74 ans, vivant en France métropolitaine en 2006-2007. Cette même étude a permis d'estimer pour cette classe d'âge, au moyen d'une unique glycémie veineuse à jeun, que la fréquence du diabète non diagnostiqué s'élevait à 1 % (glycémie >7 mmol/L). Cette valeur implique que, parmi les 18-74 ans, environ 20 % des personnes diabétiques ne seraient pas diagnostiquées, cette proportion variant fortement avec la classe d'âge passant de 30 % chez les 30-54 ans à 13 % chez les 55-74 ans (2).

L'hyperglycémie modérée à jeun ( $6.1 < \text{glycémie} < 7 \text{ mmol/L}$ ) est un stade précurseur du diabète (2).

## ETUDE ENTRED (2001-2003 et 2007-2010)

Cette étude montre l'évolution entre les chiffres de 2001 et 2007.

La population diabétique, estimée à 2,4 millions en métropole et en augmentation constante, est une population majoritairement âgée (médiane : 66 ans). Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente (92 %, soit 2,2 millions de personnes en métropole). Au moment de l'étude, les patients en souffrent souvent depuis plusieurs années (médiane : 9 ans), ce qui expose à un risque accru de complications (3).

Malgré la diversité des traitements disponibles, **le contrôle glycémique est encore insuffisant** ( $HbA1c > 7\%$ ) pour 41 % des personnes diabétiques de type 2, ce qui les expose au risque de complications. Plusieurs explications sont possibles :

- Dans certains cas spécifiques la cible thérapeutique peut être plus élevée, par exemple : pour les personnes âgées une cible de l'hémoglobine glyquée inférieure à 7,5%, voire 8% peut être définie et acceptable ;
- Les recommandations sont encore imparfaitement suivies : escalade thérapeutique avec l'ajout successif d'un ou plusieurs anti-diabétiques oraux, gliptines et pour finir l'insuline ;
- Des améliorations dans les recommandations et le suivi des diabétiques sont nécessaires : coordination des soins, éducation thérapeutique, maîtrise de la diététique, ...

Les recommandations sur les traitements préventifs des maladies cardiovasculaires et rénales sont plutôt bien appliquées, ce qui a permis la baisse importante des niveaux de pression artérielle et de cholestérol entre 2001 et 2007. A ce niveau aussi, **des améliorations restent possibles**, en particulier dans le contrôle de la pression artérielle (49 % des personnes diabétiques de type 2 ont une pression artérielle qui dépasse le seuil recommandé de 130/80 mmHg ) (3).

Des améliorations importantes de la qualité du suivi médical ont été observées, les actes nécessaires au dépistage et au suivi des complications du diabète étant plus souvent pratiqués. Toutefois, le fond d'œil (dépistage de la rétinopathie) et le dosage de l'albumine dans les urines (dépistage de l'atteinte rénale précoce), restent encore trop peu pratiqués, de

même que l'examen attentif des pieds, permettant de dépister la neuropathie et l'atteinte vasculaire périphérique et de traiter précocement toute lésion (3).

Les bilans de santé des diabétiques de type 2 sont essentiellement pratiqués par les médecins généralistes qui suivent seuls 87% des patients. Seulement 13% sont donc orientés vers un diabétologue pour un suivi pluridisciplinaire (3).

Par leur rôle de coordonnateur du parcours de soins, les médecins généralistes sont donc les acteurs essentiels des progrès réalisés, mais aussi de ceux restant à faire (3).

Comme en 2001, parmi les diabétiques (3):

- 91,9 % ont un diabète de type 2 ,
- 5,6 % ont un diabète de type 1
- 2,5 % ont d'autres types de diabète (MODY, pancréatite, mucoviscidose...)

Avant 45 ans, plus de la moitié (54 %) ont un diabète de type 1. Dès 45 ans, le diabète de type 1 devient proportionnellement marginal (8 % entre 45 et 54 ans, 3 % entre 55 et 64 ans, puis moins de 1 %). Le traitement par insuline, en incluant le diabète de type 1, correspond à un peu moins d'1 personne sur 5 (20 %) entre 45 et 84 ans (3).

Le diabète a été découvert pour (3):

- 67 % lors d'un dépistage (bilan, analyse de sang, grossesse) soit près de deux tiers des personnes diabétiques de type 2,
- 18 % à l'occasion de symptômes évocateurs,
- 15 % trop tardivement, c'est-à-dire à l'occasion de la découverte d'une complication.

### **La fréquence des complications du diabète augmente légèrement (étude ENTRED)**

D'après les données transmises par les personnes diabétiques de type 2, la perte de la vue d'un œil est estimée à 3,9 % (stable depuis 2001) mais l'origine de la perte de la vue peut être d'origine multiple et pas seulement le diabète. Le médecin généraliste, comme l'endocrinologue, reçoit peu souvent les comptes-rendus de l'ophtalmologiste (38 % versus 51 %). La fréquence de la rétinopathie diabétique n'est estimée à partir de leurs déclarations qu'à

7,9 %. Cette proportion est sûrement sous-estimée du fait du manque de retour d'informations de l'ophtalmologiste (3).

Un mal perforant plantaire est une lésion du pied pouvant conduire à l'amputation et signant une atteinte des nerfs et une atteinte vasculaire périphérique. Cette complication a été signalée par 9,9% des personnes diabétiques de type 2 mais par seulement 2,3% de leurs médecins. Là encore, si les déclarations des patients peuvent conduire à une surestimation (en confondant avec une autre lésion, d'origine veineuse par exemple), celles des médecins conduisent à une sous-estimation. A peine 43% des médecins interrogés ont pu fournir le niveau de gradation du risque podologique de leurs patients. Cela montre les carences dans la connaissance de l'état podologique ainsi que les progrès possibles dans ce domaine (3).

Les complications rénales très graves conduisant à une dialyse ou une greffe sont rares. Ces complications touchent 0,3% des diabétiques de type 2. Les atteintes rénales plus précoces sont détectées par la recherche d'albumine dans les urines d'une part et d'autre part par le débit de filtration glomérulaire (DFG). Le DFG est estimé à partir de la créatininémie selon l'équation MDRD (3).

Dans la population diabétiques de type 2 nous avons les résultats suivants (3) :

- pour 15% le DFG n'est pas fourni car la créatinémie n'est pas connue par le médecin
- pour 23% le DFG est normal
- pour 43% le DFG se situe entre 60 et 90 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>
- pour 19% le DFG est inférieur à 60 ml/mn/1,73m<sup>2</sup> ce qui signe une insuffisance rénale

Dans les chiffres cités précédemment nous pouvons constater une méconnaissance relative des médecins vis-à-vis des actes pratiqués sur leurs patients. Le problème vient du manque relatif de coopération et coordination des soins, ce qui montre le potentiel de progression important dans ce domaine impliquant principalement le partage d'information entre professionnels de santé.

Dans l'échantillon ENTRED 2001-2006, 15 % des personnes diabétiques étaient décédées après cinq années de suivi, à un âge moyen de 77 ans (hommes : 74 ans - femmes : 80 ans), soit un taux brut de mortalité de 32,4/10 000 personnes-années. Les causes de décès les plus fréquemment mentionnées étaient les maladies de l'appareil circulatoire (60 %), le diabète et ses conséquences (34 %) et les tumeurs (32 %) ; l'insuffisance rénale était mentionnée dans 8 % des certificats (1).

Le diabète n'était pas rapporté dans 53 % des certificats portant une mention de cardiopathie ischémique, maladie cérébrovasculaire et/ou insuffisance rénale ; en considérant ces affections comme liées au diabète, le diabète ou ses conséquences serait non rapporté à tort dans 20 % des certificats de décès de personnes diabétiques (1).

### **Données ne faisant plus partie de l'étude ENTRED, concernant les patients diabétiques**

#### **Amputations du membre inférieur**

Des analyses portant sur les années 2003 à 2007 ont permis d'estimer l'incidence annuelle des amputations du membre inférieur en France métropolitaine. En 2003, près de 8000 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un acte d'amputation du membre inférieur et en 2007, ce sont plus de 9 000 personnes diabétiques qui ont été amputées du membre inférieur en métropole. Il y a une augmentation du nombre d'amputations mais le taux d'incidence brut et standardisé reste stable (376/10000 vs 378/10000) car la prévalence de la maladie a aussi augmentée (4). « Près de 30 % des patients diabétiques amputés sont âgés de moins de 65 ans. Dans 19 % des cas, il s'agit de récidives d'amputation dans la même année et plus de 8 % de ces patients décèdent durant le séjour hospitalier. »(4)

#### **Infarctus du myocarde**

Une analyse des données de l'année 2006 a permis d'estimer l'incidence annuelle de l'hospitalisation pour infarctus du myocarde chez les personnes diabétiques en France :

12 639 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde (4). « Le taux d'incidence standardisé est 2,9 fois plus élevé chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques et 4,6 fois plus élevé pour les femmes. Au cours des séjours hospitaliers, 1166 (9 %) personnes sont décédées. Pour 440 d'entre elles, le décès est survenu moins de deux jours après le début de l'hospitalisation. »(4)

#### **Insuffisance rénale terminale**

En 2006, 2 900 personnes pour lesquelles un diagnostic de diabète était mentionné, ont débuté un traitement pour insuffisance rénale terminale (dialyse ou greffe). Cela représente 37% des nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale. Le taux d'incidence brut de l'insuffisance rénale terminale traitée, avec co-morbidité diabète augmente avec l'âge. Il est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes (4).

## **Déficience visuelle grave**

En 2008, la prévalence de la déficience visuelle grave était estimée à 1,6 % dans la population diabétique (aveugles : 0,2 % et malvoyants : 1,4 %). Les personnes diabétiques présentant cet handicap avaient en moyenne 73 ans. Entre deux populations d'âge et de sexe équivalents, il y a 1,3 fois plus d'aveugles et 1,6 fois plus de malvoyants dans la population diabétique que dans la population non diabétique. 48% des personnes diabétiques interrogées ne connaissaient pas la cause de leur déficience visuelle (ni l'éventuelle relation possible avec leur diabète) (4).

## **Mortalité liée au diabète**

(Données nationales de mortalité)

Le diabète peut être mentionné comme cause initiale du décès ou comme cause associée. La mortalité liée au diabète est particulièrement difficile à apprécier, notamment lorsque le décès est lié à l'une de ses complications. L'étude de l'ensemble des causes déclarées (« causes multiples » : causes initiales et autres causes) permet néanmoins de quantifier le nombre total de décès où le diabète est impliqué, soit directement, soit indirectement en tant que pathologie aggravant le pronostic d'autres maladies (5).

## **Principaux résultats**

« En 2009, parmi les certificats de décès de personnes résidant en France, 34 599 mentionnent un diabète parmi les causes multiples de décès (6,3 %) et 11 675 identifient le diabète comme la cause initiale du décès (2,1 %). »(5)

« L'âge moyen au décès est de 79 ans, et est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (81 vs 76 ans), comme en mortalité générale. »(5)

## **Limites de l'analyse**

« Le diabète est globalement sous-déclaré. En effet, il est possible que le certificat de décès d'une personne diabétique ne porte pas la mention de diabète si celui-ci n'est pas directement lié au décès, mais également si la personne est décédée d'une pathologie prédominante, engendrant une omission du médecin certificateur. Par ailleurs, il peut être difficile pour le médecin de spécifier si le diabète est la cause initiale du processus morbide ou si il y contribue seulement (par exemple dans le cas d'une personne diabétique décédant d'un infarctus). »(5)

### 3-Petit point dans le Poitou-Charentes :

Informations principales issus du BOS (Bulletin d'Observation Santé) diabète - ORS Poitou-Charentes – Novembre 2010

#### Faits marquants

- Plus de 64 000 picto-charentais sont traités pour un diabète en 2007 ;
- Un lien étroit existe entre l'augmentation de la prévalence du diabète et de l'obésité ;
- Il y a eu plus de 6 400 séjours hospitaliers pour diabète en 2008 ;
- 27 % des picto-charentais dialysés en 2009 sont diabétiques ;
- Il y a eu près de 1 000 décès liés au diabète en moyenne par an sur la période 2005-2007 ;
- 10 % des décès surviennent avant 65 ans : le dépistage plus précoce du diabète apparaît primordial ;
- Intérêt de la poursuite du développement de programmes d'accompagnement en éducation thérapeutique du patient diabétique de proximité, en lien avec les professionnels de santé de premier recours.

(6)

Ces données nous donnent une idée de l'importance du diabète en Poitou-Charentes. Malgré tout, les chiffres sont plutôt corrects par rapport aux autres régions. La région n'est pas la plus défavorisée au niveau socio-économique, facteur qui a un lien avec la prévalence du diabète (Nord pas de calais : 5,4%) (2).

**tableau 1 : Prise en charge des patients diabétiques en 2008 (6)**

	Charente	Charente-maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Poitou-Charentes
Séjours hospitaliers pour le diabète <sup>1</sup>	968	2230	1472	1734	<b>6404</b>
File active des patients diabétiques hospitalisés (hors externe) <sup>2</sup>	3913	8394	4975	5155	<b>22412</b>
Nombre de patients diabétiques hospitalisés pour :					
Plaies du pied	121	159	130	125	<b>534</b>
Amputation d'un membre inférieur	60	116	35	65	<b>276</b>

*1 Séjours comportant un des codes diagnostics principaux ou reliés (CIM10) E10 a E14, G590, G632,H280, H360, I792, M142, N083, O240 a O243 et O249.*

*2 Patients diabétiques repérés à partir d'une recherche des codes de la liste précédente mais étendue aux diagnostics associés.*

*Note : La somme des effectifs de patients hospitalisés par département peut être supérieure à l'effectif de la région car un patient peut avoir été pris en charge dans plusieurs départements.(6)*

Dans ce tableau nous pouvons voir le nombre important d'hospitalisations et d'actes chirurgicaux concernant les diabétiques. Le nombre d'hospitalisations n'étant pas « pour le diabète » montre l'importance de l'approche pluridisciplinaire et de la coordination des soins dans ce domaine.

« En 2009, 77 % des diabétiques étaient traités par antihypertenseur, 61 % par hypolipémiant et 34 % par antiagrégant plaquettaire (régime général). »(6)

Durant la période 2005-2007, 991 décès liés au diabète ont été enregistrés en moyenne par an. Parmi ces décès, 23 % sont survenus entre 80 et 84 ans. La mortalité par diabète représente ainsi 5,7 % de la mortalité générale (6,1 % en France métropolitaine) (6).

« En Poitou-Charentes, 10 % des décès liés au diabète surviennent avant l'âge de 65

ans (13 % chez les hommes et 6 % chez les femmes). Le taux comparatif de mortalité prématurée (décès avant 65 ans) par diabète est significativement inférieur à celui de la France métropolitaine, avec 5,3 décès pour 100 000 habitants contre 6,1. La mortalité prématurée touche 2,5 fois plus les hommes (7,6) que les femmes (3). » (6)

**tableau 2 :Taux d'atteinte d'objectifs recommandés en matière de suivi  
des patients diabétiques pour l'année 2009 - Régime général (%) (6)**

	Charente	Charente-maritime	Deux sèvres	Vienne	Poitou-Charentes
<b>Suivi médical</b>	%	%	%	%	%
≥ 4 visites chez un généraliste et/ou endocrinologue	90	90	89	89	<b>90</b>
≥1 visite chez l'ophtalmologue	45	45	50	48	<b>47</b>
≥1 visite chez le dentiste	33	35	32	33	<b>34</b>
≥1 visite chez le cardiologue	30	32	31	29	<b>31</b>
<b>Suivi biologique</b>	%	%	%	%	%
≥ 4 dosages d'HbA1c	16	19	22	<b>18</b>	<b>19</b>
≥ 1 bilan lipidique	65	68	68	68	<b>67</b>
≥ 1 dosage de créatininémie	78	83	83	82	<b>82</b>
≥ 1 dosage de micro-albuminurie	18	19	26	24	<b>22</b>

Nous pouvons constater les progrès restant à faire dans le suivi du diabète notamment au niveau du suivi biologique.

Le Poitou-Charentes fait partie des bons élèves comparé aux autres régions françaises mais beaucoup de progrès restent à faire notamment dans la coordination des soins, la coopération entre professionnels de santé et l'éducation thérapeutique. Ces différentes activités permettraient de réduire considérablement les complications, les hospitalisations et donc le coût du diabète.

#### **4-Suivi de la pathologie**

##### **diagnostic diabète de type 1 :**

Le diagnostic du diabète de type 1 est à la fois clinique et biologique : polyurie, polydipsie, amaigrissement, asthénie et glycémie sur plasma veineux  $\geq 2\text{g/L}$  (11,1 micromol/L). Une seule glycémie sur plasma veineux  $\geq 2\text{g/L}$  suffit à poser le diagnostic. Une

recherche de corps cétoniques capillaire ou urinaire doit être demandée (7).

L'association d'une polyurie et de troubles de la conscience, surtout chez l'enfant, doit faire évoquer le diagnostic d'acidocétose et implique une hospitalisation en urgence.

Des dosages d'anticorps anti-ilots, anti-GAD (glutamate acide décarboxylase), anti-insuline et anti-IA2 (phosphatase membranaire des cellules B du pancréas) positifs orientent vers un diabète de type 1 mais ces dosages ne sont pas nécessaires dans la majorité des cas (7).

Pour ce type de diabète, le risque le plus important est la survenue d'un coma acidocétosique qui est la cause la plus fréquente des décès liées au DT1. Le deuxième risque est un coma hypoglycémique lié à une insulinothérapie non adaptée (7).

### **Suivi du patient :**

Le patient atteint d'un diabète de type 1 sera automatiquement orienté vers l'hôpital que ce soit en urgence (coma acidocétosique) ou non. Une insulinothérapie sera alors débutée en urgence ou non selon l'état du patient (7).

La partie la plus délicate est l'éducation thérapeutique et l'explication des règles hygiéno-diététiques qui doivent être comprises par l'enfant et par les parents. Le langage utilisé doit donc être le plus simple possible.

L'autosurveillance glycémique permet d'adapter le schéma posologique des injections d'insuline. Un tableau d'adaptation posologique en fonction des glycémies pré-prandiales sera fourni (7).

Tous les 3 mois, il y aura un dosage de l'hémoglobine glyquée avec un objectif inférieur à 7% pour les adultes et inférieur à 7,6% pour les enfants (7).

Une fois par an, une recherche des complications doit être effectuée avec un contrôle de la fonction rénale, un examen ophtalmologique, une recherche de signes de neuropathie, une recherche d'une hypertension artérielle et d'une dyslipidémie (7).

### **Diagnostic du diabète de type 2**

Le diabète de type 2 est défini par une glycémie supérieure à 1,26g/L (7mmol/L) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises. Il est aussi défini par des symptômes caractéristiques comme une polyuropolydipsie avec une glycémie supérieure à 2g/L. Ce diabète survient généralement vers la quarantaine, sans caractère d'urgence à la découverte (8).

Le diagnostic et la prise en charge doivent être les plus précoces possibles et sont

effectués par le médecin généraliste. Il décidera par la suite si la consultation d'un endocrinologue est nécessaire. La première prise en charge est d'adopter des règles hygiéno-diététiques adéquates avec un régime alimentaire et un objectif de perte de poids si une surcharge pondérale est présente, ainsi qu'une activité physique. Ces dispositions peuvent être suffisantes si on est à la phase précoce. Suite au dépistage, l'HAS recommande d'effectuer le dosage de l'HbA1c 4 fois par an (8).

Dans le cas général, une cible inférieure à 7 % est recommandée. Un traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si la valeur dépasse ce seuil. Mais pour les diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués, dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans et sans antécédent cardiovasculaire, l'objectif sera d'atteindre moins de 6,5% avec ou sans monothérapie. D'autres situations peuvent amener à un objectif plus haut : HbA1c < 8% si le patient présente (8):

- une co-morbidité grave avérée et/ou une espérance de vie inférieure à 5 ans
- des complications cardiovasculaires évoluées
- une durée d'évolution du diabète supérieur à 10 ans dont la valeur de 7% est difficile à atteindre sans risquer de provoquer des hypoglycémies répétées

Pour les personnes âgées, selon leur condition physique, l'objectif sera adapté pour optimiser leur qualité de vie (8).

Pour le cas général, la stratégie médicamenteuse recommandée à chaque médecin est en première intention la metformine en monothérapie. Si les objectifs ne sont pas atteints, on passe à une bithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant, et enfin si cela ne suffit pas ce sera une trithérapie comprenant metformine + sulfamide + autres (inhibiteur des alpha glucosidases, répaglinides ou même un inhibiteur de la DPP-4).

Un rendez vous tous les 3 mois est recommandé et une réévaluation du traitement tous les 3 à 6 mois (8). Dès l'introduction d'un traitement hypoglycémiant une éducation doit être effectuée pour éviter les hypoglycémies.

Dans la stratégie médicamenteuse, en cas d'intolérance à la metformine ou à un sulfamide, il pourra être instauré un inhibiteur des alfa glucosidases ou le répaglinide ou même un inhibiteur de la DPP-4 (dans le cadre d'une bi- ou trithérapie). Un inhibiteur de la DPP-4 n'est pas recommandé en monothérapie et n'est d'ailleurs pas remboursé s'il est utilisé seul. Dans le cadre d'une bithérapie, si l'IMC est supérieur à 30, un analogue de la GLP-1 est possible en association avec la metformine (8).

Dans le cadre de la trithérapie, l'insuline peut être ajoutée à la bithérapie si l'objectif et

la valeur de l'HbA1c du patient ont un écart supérieur à 1% (8).

La dernière étape est donc l'insulinothérapie qui sera instaurée le plus souvent en service d'endocrinologie adressé par le médecin traitant. Les recommandations sont de poursuivre la metformine, d'adapter les posologies de sulfamide ou repaglinide. Les autres classes seront arrêtées. L'association de l'insuline avec les analogues GLP-1 peut être envisagée mais par un endocrinologue (Seul l'exénatide (BYETTA®) est autorisé dans cette association avec l'insuline) (8).

L'autosurveillance glycémique est un outil important dans l'éducation du patient, d'autant plus pour ceux traités par insuline dans le but d'adapter les posologies et de détecter les hypoglycémies. Pour les patients traités par sulfamide ou glinide, elle permet de se tester quand des signes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie apparaissent (8).

### **Le suivi des complications**

A chaque consultation, tous les 3 mois en général, il faut que le médecin interroge le patient et pratique un examen clinique dans le but de dépister d'éventuelles complications. A cela se rajoute au moins une fois par an (7) :

- un examen clinique comportant : une palpation des pouls, une inspection cutanée totale, la recherche d'une neuropathie autonome (Hypotension orthostatique), un examen cardiovasculaire, un examen des pieds, la recherche d'une neuropathie sensitive.
- dosages biologiques : cholestérol, triglycérides, recherche de protéinurie à la bandelette, dosage de microalbuminurie, créatinémie, et clairance de la créatine.
- examen oculaire : acuité visuelle, mesure de la pression intra-oculaire, examen du cristallin et du fond d'œil, après dilatation pupillaire
- électrocardiogramme
- un avis cardiologique éventuel

## **II-Les intervenants dans la pathologie**

### **1-Les professionnels de santé**

#### **1.a. Le médecin généraliste**

→ en première ligne dans le suivi des DT2

Les médecins généralistes ont un rôle central dans le dépistage et le suivi du diabète. Alors qu'un diabétique de type 1 sera rapidement adressé vers un endocrinologue pour la mise en place d'une insuline, le diabétique de type 2 est généralement diagnostiqué et suivi par le généraliste (7).

Le médecin traitant, aidé par les recommandations de l'HAS, va instaurer un traitement et dépister régulièrement les complications éventuelles. Le médecin doit aussi pratiquer une éducation thérapeutique et vérifier la bonne conduite des règles hygiéno-diététiques. Il doit orienter son patient vers un spécialiste pour dépister les complications qu'il ne peut pas entrevoir dans son cabinet. Enfin quand le diabète n'est pas maîtrisé, malgré le bon suivi des recommandations, l'insulinothérapie devra être envisagée avec le patient au cours d'un entretien. Dans ce cas, le patient sera adressé vers un service d'endocrinologie à l'hôpital pour l'instauration de l'insuline. Le rôle du médecin dans l'orientation du patient quand le cas devient complexe est primordial (7).

#### **1.b. L'endocrinologue**

L'endocrinologue, en grande majorité, prendra en charge les diabétiques de type 1. Le renouvellement du traitement par insulinothérapie une fois le diabète équilibré pourra être effectué par le médecin traitant. L'endocrinologue, que ce soit pour le DT1 ou DT2, interviendra dans 3 cas s'il y a (9) :

- un déséquilibre glycémique
- des complications
- une instauration et suivi de traitement par insuline

L'éducation thérapeutique dans cette pathologie est très importante et sera effectuée dans le service par différents intervenants comme l'endocrinologue, les infirmières, les diététiciens etc... (9)

### **1.c. Les autres spécialités médicales**

Beaucoup de spécialistes peuvent être amenés à intervenir dans le cadre des complications du diabète et certains exercent en milieu hospitalier. L'importance d'un bilan global chaque année sera de détecter et donc de prendre en charge rapidement des complications qui peuvent mener, si elles ne sont pas traitées, à :

- un mal perforant plantaire voire une amputation,
- des diminutions des facultés visuelles voire à une cécité,
- une insuffisance rénale nécessitant éventuellement une dialyse ,
- une HTA sévère voire un arrêt cardiaque .

#### **L'ophtalmologiste**

Il doit être consulté systématiquement lors d'un bilan initial pour le dépistage de la rétinopathie du diabétique.

Un fond d'œil doit être effectué régulièrement, tous les ans si cela est possible, afin de détecter au plus tôt une rétinopathie (7,9).

#### **Le néphrologue**

Il sera consulté à un stade avancé de diabète, quand les données biologiques montreront une atteinte rénale (7).

#### **Le dentiste**

Les diabétiques non équilibrés vont avoir une salive plus sucrée ce qui associé à une diminution de la résistance aux infections microbiennes, les rend plus vulnérables aux infections bucco-dentaires (10).

Tous les patients devraient avoir un suivi régulier chez le dentiste (1 à 2 fois par an) afin d'éviter les infections et complications (11).

#### **Le cardiologue**

Un bilan annuel va permettre de dépister les anomalies possibles des vaisseaux et du cœur. Quand une atteinte du système cardiovasculaire simple (HTA) se déclare le médecin généraliste peut généralement gérer seul. Dans le cas d'un diabétique, il est néanmoins recommandé un bilan annuel chez un cardiologue. Comme pour les autres complications quand le cas devient trop complexe l'intervention de spécialiste s'impose. Si un accident grave

cardiovasculaire arrivait tel un infarctus du myocarde il y aurait évidemment l'intervention puis le suivi par un cardiologue (9).

### **1.d. Le pharmacien d'officine**

Les pharmaciens sont en première ligne dans la sensibilisation au dépistage, dans la prévention et dans le suivi des diabétiques en général. Ils vont voir un patient diabétique en moyenne 7 fois plus souvent que les autres intervenants dans la pathologie. Cette statistique montre le rôle primordial du pharmacien dans la prise en charge et l'éducation du patient (12).

Le pharmacien, dont l'une des activités principales est la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux, va suivre l'observance du patient par notamment l'intervalle entre deux délivrances. Il pourra, grâce à sa relation avec le patient, essayer de comprendre, si c'est le cas, les raisons d'une mauvaise observance (effets secondaires mal tolérés, oublis fréquents, confusion entre deux médicaments...) et contacter le médecin pour l'informer (13). Chaque passage à l'officine est l'occasion de renforcer le suivi du patient diabétique et de pratiquer une éducation permettant d'éviter ou même de détecter toutes complications possibles de la pathologie. Les informations récoltées vont permettre au pharmacien d'orienter rapidement le patient diabétique vers le professionnel compétant pour sa prise en charge. On peut dire que le pharmacien a un rôle de « sentinelle » et une simple discussion avec le patient peut mener à une amélioration de sa prise en charge.

Le pharmacien va être disponible pour le patient, et va répondre aux questions qu'il se pose sur le diabète, ses médicaments, ses résultats biologiques, ... (12) Son rôle dans l'éducation peut être appuyé par la distribution de documentations (cespharm, laboratoires...) et même l'orientation vers une association de patient (AFD) (13). Dans l'approche du patient il ne faut surtout pas le bloquer avec un discours moralisateur mais lui apporter un soutien, féliciter chaque effort, l'encourager et le motiver dans sa prise en charge surtout dans le diabète où le côté asymptomatique peut diminuer l'adhésion du patient (13).

Le pharmacien par sa connaissance du matériel va montrer au patient diabétique comment bien utiliser le lecteur de glycémie, le stylo injecteur, le stylo auto-piqueur avec les lancettes, ... L'insulinothérapie nécessite une éducation particulière le plus souvent déjà pratiquée avant de voir le pharmacien. Le patient peut être désorienté par un excès d'informations en peu de temps. Le rôle du pharmacien va être de reprendre les points importants avec lui. La récupération des DASRI et l'éducation dans ce domaine font partie aussi de ses fonctions.

Le pharmacien va pouvoir conseiller le patient pour qu'il prenne soin de ses pieds, de ses yeux et de son hygiène buccale dans le but d'éviter l'apparition de complications (13). La demande de conseils à l'officine devra prendre en compte la pathologie et éviter les médicaments contenant du sucre ainsi que ceux pouvant interagir avec son traitement ou accélérer la survenue d'une complication.

Cas particuliers de facturations :

Les diabétiques de type 2 sans insuline peuvent obtenir le remboursement de 200 bandelettes par an seulement, ce qui permet de couvrir les surveillances glycémiques prévues dans les recommandations (14).

Un lecteur de glycémie est remboursé tous les 4 ans sauf pour les moins de 18 ans où ce sera 2 lecteurs tous les 4 ans (14).

### ***1.e. Le pharmacien biologiste***

Le biologiste va effectuer les prélèvements, le dosage, l'interprétation des résultats et le diagnostic (15). Dans le diabète, sa première intervention est dans la glycémie à jeun qui permet le diagnostic.

Par la suite, le biologiste va voir le diabétique tous les 3 mois pour le dosage de l'hémoglobine glyquée et tous les ans pour un dosage plus complet (cholestérol, lipides...) ainsi que pour la recherche de protéines dans les urines. Il permet le suivi du diabète et le dépistage de complications (16).

### ***1.f. L'infirmière***

Les infirmières pratiquent des soins et des actes sur prescription médicale. Les infirmières interviennent dès le début du diabète et dans le suivi par des prises de sang. Dans le cas des diabétiques de type 2 équilibrés par ADO, ce sera les seules interventions qu'elles feront. Pour les diabétiques sous insulinothérapie, les infirmières vont pratiquer les injections et l'ASG dans les débuts du traitement. Elles vont éduquer le patient à ces actes d'auto-surveillance et d'injection afin qu'il devienne autonome (17). Elles vont intervenir à domicile, créer un relationnel et ainsi pouvoir détecter les problèmes possibles rencontrés par le patient. Il est important qu'elles sachent reconnaître, et aider le patient à reconnaître, les signes

d'hypoglycémie et d'hyperglycémie pour pouvoir agir en conséquence (17).

Les infirmières en intervenant auprès du patient ont l'occasion de détecter des complications possibles et de prévenir le médecin.

Les complications des diabétiques, notamment le mal perforant plantaire, vont entraîner des soins spécifiques pouvant être pratiqués par une infirmière. En effet elles sont formées sur les soins de plaies chroniques type ulcère (17).

Les infirmières formées à l'éducation thérapeutique prennent une place importante dans les coopérations pluridisciplinaires.

Droits de prescriptions :

Les infirmières ont le droit de prescrire tous types de pansements dans le cadre de soins prescrits par le médecin. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, elles peuvent prescrire les accessoires pour lecteur de glycémie (18):

- lancettes
- bandelettes d'autosurveillance glycémique ;
- autopiqueurs à usage unique ;
- seringues avec aiguilles pour autotraitement ;
- aiguilles non réutilisables pour stylo injecteur ;
- ensemble stérile non réutilisable (aiguilles et réservoir) ;
- embout perforateur stérile.

### ***1.g. Le pédicure-podologue***

Rappels sur la pathologie du mal perforant plantaire chez les diabétiques (19):

A un stade avancé du diabète, le patient sera atteint de neuropathie diminuant fortement sa sensibilité au niveau des membres inférieurs. Le patient peut prendre un appui répété sur un endroit du pied qui formera dans un premier temps de la corne. Ne ressentant pas de douleurs, il va continuer à prendre appui de la même manière et il va se former une poche hydrique entre la corne et l'os (invisible car sous la corne) qui peut s'infecter en profondeur. Si rien n'est fait il y aura une infection de l'os pouvant mener à une amputation (19).

### La gradation du risque podologique (20):

GRADE 0 : Pas de neuropathie

GRADE 1 : Neuropathie sensitive isolée, définie par la perte de sensation au monofilament

GRADE 2 : Neuropathie associée à une déformation du pied et/ou à une artérite

GRADE 3 : Antécédents d'ulcération ou d'amputation d'un pied

Le pédicure-podologue a pour rôle de prévenir ces risques et de traiter les différentes complications au niveau du pied engendrés par le diabète (plaies, ulcération, infections). Il peut prévenir efficacement ces risques de complications en définissant les zones d'appui et fabriquer des semelles adaptées au patient et donner des conseils sur le chaussage (20).

Depuis le 24 mai 2013 les séances de prévention prescrites par un médecin sont remboursées (21). Le plafond de remboursement est de 27 euros par séance. La première séance devra donner lieu à un bilan diagnostique podologique initial avec (21) :

- examen des pieds et gradation
- soins pédicure-podologique
- éducation du patient
- évaluation chaussage
- objectifs thérapeutiques et préventifs

Pour prétendre aux remboursements de leurs actes, il leur faut justifier d'une formation adéquate et, si le diplôme a été acquis avant 2010, il faut justifier d'une formation supplémentaire ou d'une expérience particulière dans le diabète (21).

Pour les grades 2, il peut y avoir jusqu'à 4 séances de soins de prévention remboursées par an et pour les grades 3 ce sera 6. A la fin de chaque année une fiche de synthèse doit être transmise au médecin (21).

En résumé, ils peuvent agir à tous les stades du diabète mais le moment de leur intervention dépend en général du grade de risque podologique atteint.

### **1.h. La diététicienne**

Le premier traitement du diabète est de modifier ses habitudes alimentaires et de perdre du poids si nécessaire (7,9). L'alimentation du diabétique n'est pas différente d'une

alimentation équilibrée avec évidemment une surveillance voire une restriction des aliments avec un indice glycémique élevé (9). Le médecin peut adresser un patient diabétique à une diététicienne. Son intervention consistera dans un premier temps à faire un bilan de ce que mange le patient et modifier ses habitudes selon les objectifs (9). Ces interventions ne seront remboursées que dans les hôpitaux, réseaux de santé et maison du diabète. Leurs prestations n'étant pas remboursées en libéral (certaines complémentaires remboursent 2 ou 3 consultations par an) (22), une majorité de patient y renonce. Les diététiciennes interviennent rapidement dans le diabète de type 1 à l'hôpital permettant d'éduquer assez tôt les patients. Dans le type 2 où il serait intéressant de modifier rapidement ces habitudes alimentaires, son intervention arrivera malheureusement assez tard, à l'occasion d'un séjour hospitalier ou de l'inclusion dans un réseau (22).

*Les différents intervenants agissent tous à leur niveau dans l'éducation du patient. Dans la pratique, le temps est précieux et il est souvent difficile de faire une éducation thérapeutique efficiente. Il n'y a pas de temps imparti à cette pratique en routine (mis à part à l'hôpital dans le service d'endocrinologie). Tous les professionnels ont la volonté d'améliorer la prise en charge des patients.*

*Dans tous les secteurs, l'éducation thérapeutique n'est pas prise en compte dans la rémunération, à quelques exceptions, alors qu'une ETP efficace permettrait de diminuer les coûts de santé.*

*On constate également un relatif cloisonnement de chaque profession. Les professionnels de santé ont peu d'interactions entre eux, ce qui peut amener à des surcoûts de santé : des examens pratiqués en doublon, des changements de thérapeutique sans se concerter, des complications non communiquées...*

*Une amélioration de la coordination, de la coopération et de l'éducation thérapeutique paraît être une étape essentielle pour progresser dans la prise en charge du diabète.*

## 2-Les non professionnels de santé

### *Les associations de patients*

Les associations de patients peuvent être de dimension nationale ou locale. Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD), Ligue des Diabétiques de France (LDF), Association Française des Diabétiques (AFD), ...

L'AJD aide les jeunes diabétiques insulino-dépendants et leur famille à vivre mieux leur diabète. Au travers de ses services, l'association permet aux jeunes et leur famille de s'informer, d'être écoutés, d'échanger et de voir leurs intérêts défendus auprès des pouvoirs publics.

L'AFD est la plus importante association de patients en France. Elle a été créée en 1938. Elle fut agréée par le ministère de la santé en 2007 et pour finir elle a reçu la médaille d'or de l'académie de médecine en 2009. Elle est totalement indépendante de toute institution publique, de tout organisme ou entreprise privée, de toute corporation professionnelle (23).

« L'AFD est une association de patients au service des patients et dirigée par des patients. »  
(23)

C'est en fait une fédération, car dans toute la France elle dispose d'un réseau d'associations locales (23).

Son siège national lui permet d'assurer différentes fonctions de représentation auprès (23):

- des pouvoirs publics : elle siège à l'HAS (Haute Autorité de Santé), à la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et participe à des commissions de l'ANSM et de la DGS (Direction Générale de la Santé).
- des médias,
- de l'ensemble des partenaires,.

Le siège national a aussi le rôle de coordonner le réseau d'associations locales. Il est important que les patients s'investissent dans leur maladie ; se regrouper en association en fait partie. Ainsi la plupart des décisions de santé concernant le diabète passent par une consultation des patients par l'intermédiaire de l'AFD (23).

Partout en France une association fédérée de l'AFD est présente et leurs rôles sont (23):

- accueillir,
- informer
- accompagner

L'AFD a différentes missions (23):

- Défense de l'accès à des soins de qualité et lutte contre toutes les discriminations liées à la maladie,
- Information et prévention
- Accompagnement pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de diabète

**Défense de l'accès à des soins de qualité et lutte contre toutes les discriminations liées à la maladie :**

Le siège social dispose d'un service juridique et social au services de ses adhérents. Il va permettre de traiter les litiges concernant le fait d'être diabétique soit simplement par des conseils soit, s'il le faut, en les représentant devant les tribunaux. Il peut servir d'intermédiaire avec différentes structures :

- services sociaux
- institutions
- banques
- assurances (En effet pour les assurances, être diabétique est un risque. L'AFD a négocié avec une compagnie d'assurance de meilleures prestations que celles qui sont en général proposées aux diabétiques).

**Information et prévention :**

L'AFD, en matière d'information, détient plusieurs supports : une revue bimestrielle, des revues régionales, un site internet. Elle organise aussi des conférences et des réunions d'informations. En ce qui concerne la prévention, les associations locales vont entreprendre des actions de sensibilisation et des séances de prévention adaptées à tous de manière ludique.

**Accompagnement pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de diabète :**

Elle organise des groupes de rencontres et d'échange leur permettant de partager librement leurs expériences. Les associations locales organisent diverses activités : randonnées, voyages, fêtes et des ateliers pédagogiques. Des patients sont formés par le siège national en « patients expert » ce qui leur permet d'intervenir dans les associations locales pour informer, éduquer et diriger des groupes d'échanges.

## **PARTIE II : Les différentes formes de coopérations**

## I-La coopération

La « coopération » en matière de santé a été redéfinie par l'article 51 de la loi Hôpital Santé Patient Territoire, dite loi HPST :

### « Article 51

*I. – Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, il est ajouté un livre préliminaire ainsi rédigé :*

#### « LIVRE PRÉLIMINAIRE « DISPOSITIONS COMMUNES

#### « TITRE Ier

#### « COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

#### « CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4011-1. – Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.22 juillet 2009 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 1 sur 91

..

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

« Art. L. 4011-2. – Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté.

Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art. L. 4011-3. – Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation.

*L'enregistrement de la demande vaut autorisation.*

*« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.*

*« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »*

*II. – L'article 131 de la loi no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé. » (24)*

La HAS dans « L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé » de 2007 a défini :

*« Les maisons de santé, pôles de santé et centres de santé offrent aux professionnels un exercice coordonné dans l'objectif de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité. Ils organisent un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun, en assurant la continuité des soins, soit dans un lieu unique pour les maisons de santé et les centres de santé, soit dans le cadre d'un regroupement virtuel pour les pôles de santé.*

*L'équipe pluriprofessionnelle adopte ou élabore des protocoles, en référence aux recommandations. Elle les met en œuvre et en assure le suivi. L'exercice coordonné et protocolé s'appuie sur une concertation autour de la prise en charge et un partage d'expériences, et se traduit par une analyse des pratiques. Chaque intervention et son suivi participent à l'amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins délivrés aux patients. Ce mode d'exercice, coordonné et protocolé, contribue à la valorisation individuelle et collective des professionnels de santé coordonnés en équipe. » (25)*

### Pourquoi faut-il développer la coopération entre professionnels de santé ?(26)

- Il y a des besoins croissants de prise en charge sanitaire car les maladies chroniques et les polyopathologies ne cessent d'augmenter avec le vieillissement de la population,
- L'évolution de la démographie médicale est défavorable et la répartition géographique présente de grandes disparités,
- Les progrès en technologie médicale vont favoriser le partage de compétence et le transfert de certains actes entre professionnels de santé,
- Améliorer la prise en charge permet une réelle économie ce qui pourrait diminuer les dépenses de santé ,
- La nécessité de favoriser un accès aux soins pour une meilleure qualité et sécurité des soins,
- Les professionnels de santé veulent faire évoluer leurs pratiques et leurs compétences tout au long de leur carrière.

### Quels sont les enjeux?(26)

- Optimiser le parcours de soin des patients par une coordination performante entre tous les professionnels de santé intervenants
- Faire évoluer l'exercice professionnel, augmenter le champs d'intervention des professions paramédicales (mutation des pratiques)
- Mieux gérer le temps « médical » pour mieux le centrer sur leurs activités de missions d'expertise

### Qui est concerné? (26)

Tous les professionnels de santé peuvent être concernés, les agences régionales de santé (ARS), la haute autorité de santé (HAS) et les patients.

Les professionnels de santé concernés sont ceux décrit à l'article L.4011-1 du CSP (26) :

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| - aide soignante             | - audioprothésiste                        |
| - auxiliaire de puériculture | - chirurgien dentiste                     |
| - diététicien                | - ergothérapeute                          |
| - infirmier                  | - manipulateur électroradiologie médicale |
| - masseur-kinésithérapeute   | - médecin                                 |
| - opticien-lunetier          | - orthophoniste orthoptiste               |
| - prothésiste et orthésiste  | - pédicure-podologue                      |
| - pharmacien                 | - psychomotricien                         |
| - sage-femme                 |   |

Les professionnels de santé sont à la base de ces coopérations, ce sont eux qui vont détecter un besoin et créer un protocole pour les mettre en œuvre (26).

Le protocole de coopération permet de définir les acteurs et la manière d'organiser cette coopération afin de comprendre qui fait quoi, quand, comment et pourquoi ?

Suivant les coopération les besoins ne sont pas les mêmes. Les professionnels de santé peuvent s'inspirer de tout ou partie d'un protocole déjà existant ou en créer un sur-mesure.

Il faut donc, pour permettre une coopération, présenter un protocole à l'ARS qui soit acceptable et applicable. Le projet doit être cohérent et conçu avec tous les acteurs de la coopération (26).

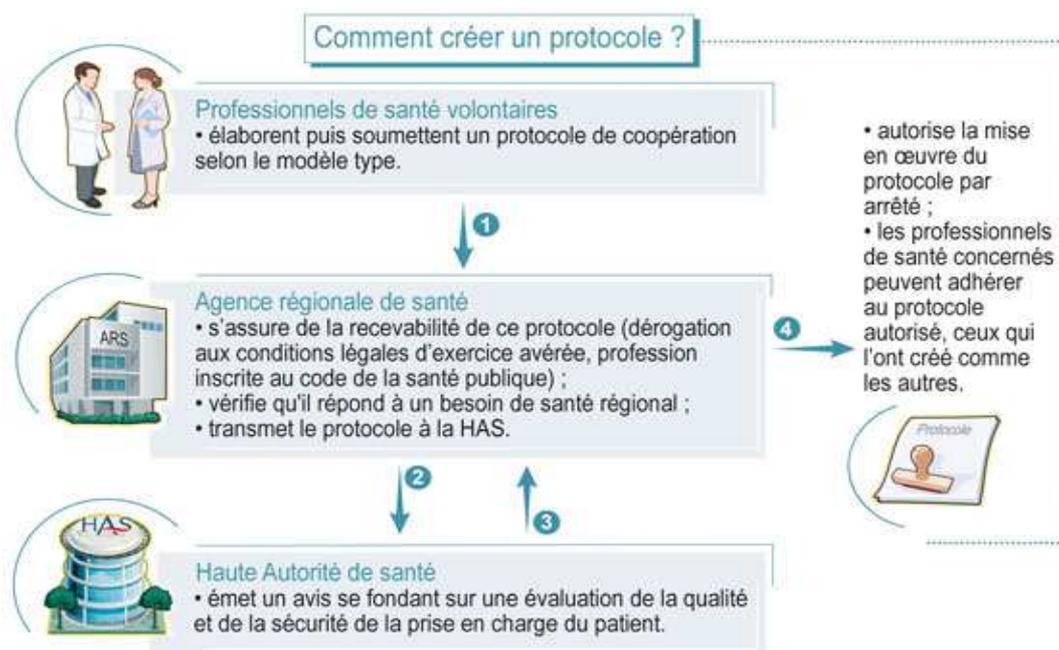
L'adhésion à un protocole de santé par un professionnel de santé est basée sur une volonté commune de travailler ensemble dans la même direction. Les différents professionnels impliqués peuvent accéder à des formations dans le but de rentrer pleinement dans le projet de coopération (transfert d'actes, ...) (26).

Il y a des obligations ; le bon suivi du protocole par les professionnels de santé ainsi que le contrôle de la coopération (des indicateurs ) et transmettre les résultats à l'ARS et la HAS selon une périodicité définie. Ce contrôle est indispensable afin de vérifier que les patients en tirent un bénéfice ou, à minima, une prise en charge équivalente (26).

Dans cette organisation, l'ARS va recevoir les protocoles envoyés par des professionnels de santé volontaires. Elle va discuter la recevabilité, vérifier qu'il y a un besoin local ou non, puis si tout est correct, autoriser la mise en œuvre de ces coopérations par arrêté et suivre leur évolution (26).

La HAS va décider par un avis favorable ou non si le protocole qui lui est soumis par l'ARS est conforme.

Le patient au centre de cette coopération sera informé de cette coopération et du protocole, c'est à dire des modifications de l'organisation de son parcours de santé (26).



**figure 1 : Comment créer un protocole ? (27)**

Processus global de création d'un protocole de coopération

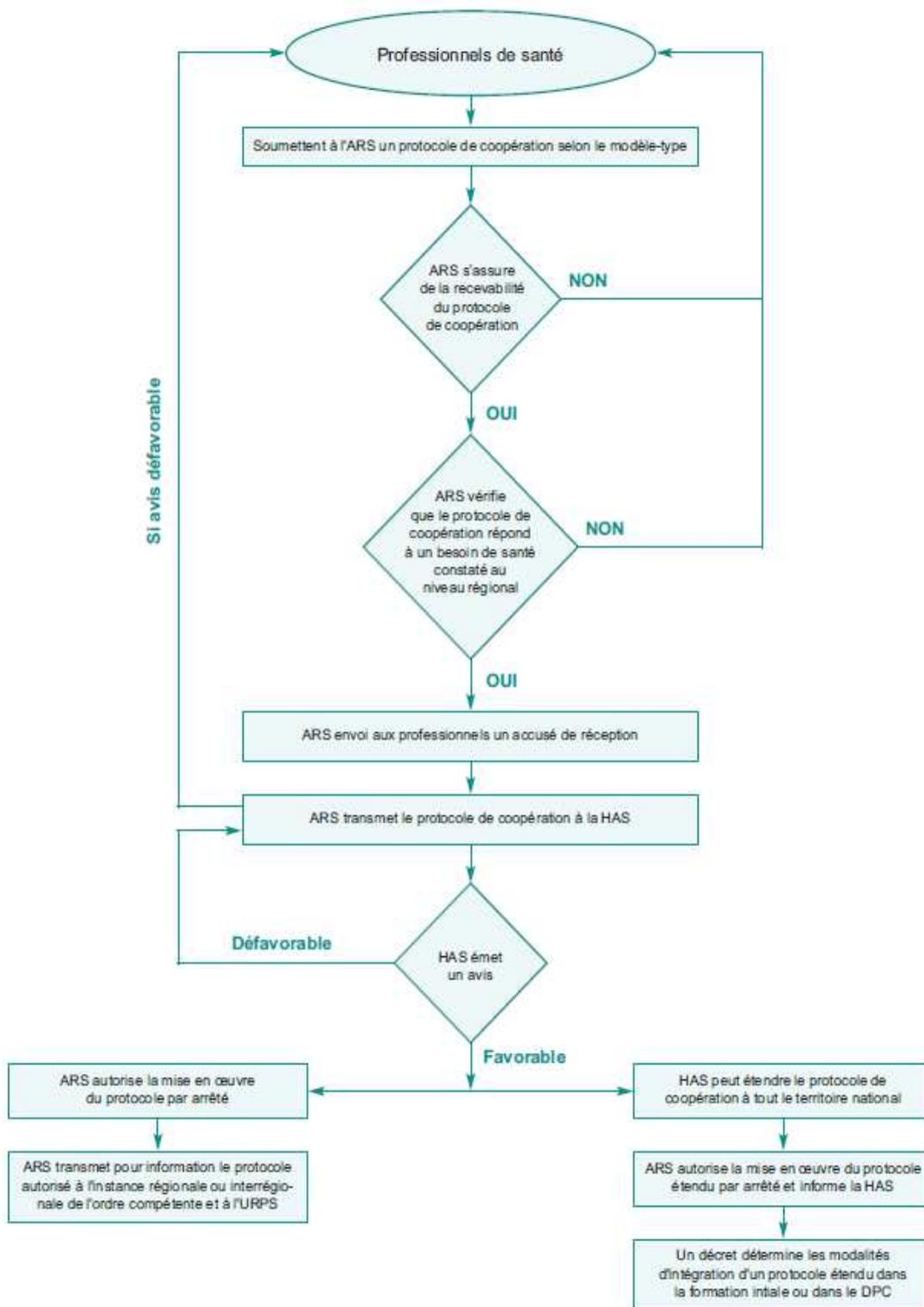
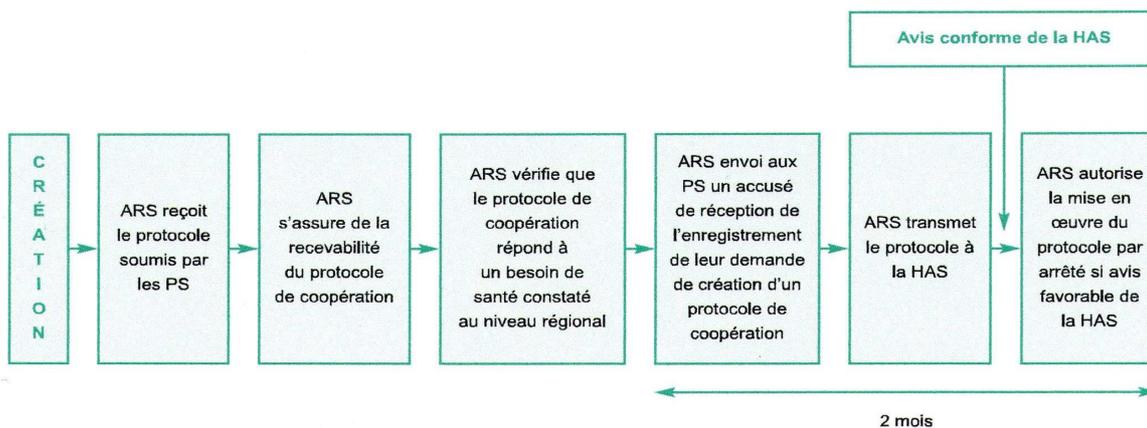
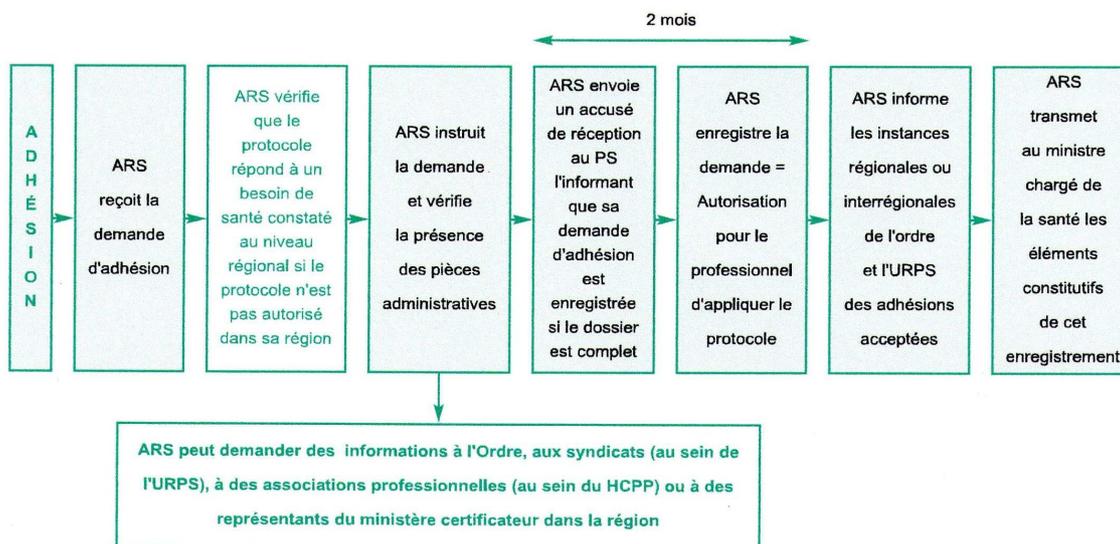


figure 2 : Processus global de création d'un protocole de coopération (26)



Le protocole autorisé est publié sur le site Internet de la DGOS et de la HAS.

**figure 3 : Création d'un protocole (26)**



**figure 4 : Adhésion à un protocole (26)**

## II- les différentes formes de coopérations

### 1-Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

La définition d'une maison de santé est donnée par le Code de la Santé Publique :

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

*Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.*

*Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » (28)*

Une maison de santé regroupe différents professionnels de santé sous un même toit afin d'améliorer l'offre de soin. Le but est de concentrer les soins en un même lieu pour s'assurer qu'ils soient bien suivis. Les professionnels de santé à l'origine des ces MSP ont plusieurs intérêts (29):

- une meilleure gestion de leur temps et une amélioration des conditions de travail,
- une meilleure prise en charge des patients par des soins regroupés,
- ne plus pratiquer seul,
- inciter les jeunes médecins à s'installer pour limiter l'apparition de déserts médicaux.

Il y a plusieurs étapes dans cette création, le processus est relativement long : implication des collectivités et des professionnels de santé, diagnostic de territoire, définition du projet professionnel, définition du projet de santé, le projet immobilier, l'équipement, le financement, et le statut juridique (29).

Étude du territoire et faisabilité (30): pour créer une MSP et pouvoir accéder aux financements, il faut que cela réponde à un besoin local avec un bassin de population et une démographie médicale déficiente. Il faut donc, avant de lancer un projet, analyser la population, les besoins en terme de soins ambulatoires et l'évolution prévisionnelle de l'offre de santé proposée. Pour simplifier, il faut faire un diagnostic mais pas évident quand il ne s'agit pas de patients... L'URPS et L'ARS peuvent fournir les données, notamment en terme de démographie médicale et de besoins. Il est important aussi de contacter les élus locaux afin de voir quelle aide ils pourraient apporter et surtout pour définir, par la suite, le lieu exact de l'implantation (30).

Définir les professionnels de santé (30): selon les besoins locaux il faudra rechercher certains professionnels de santé plutôt que d'autres. Par exemple, s'il y a une population diabétique importante, un podologue et même un endocrinologue seront recherchés. Il est important d'inviter à des réunions d'abord tous les professionnels de santé du secteur afin de savoir qui veut participer à l'aventure et même en rechercher d'autres en relation avec les besoins locaux. Tous ceux qui veulent s'engager doivent être motivés et déterminés. Il faut surtout qu'une personne en particulier porte le projet de l'équipe de santé. Ce rôle est très difficile car il devra répondre aux attentes des différentes professions de santé qui vont intégrer la MSP et pas seulement sa profession, le point le plus sensible restant la bonne entente entre les différentes parties. Certains corps de métiers ont plus d'atomes crochus que d'autres ainsi que des à priori parfois difficiles à décrocher. Par exemple certains médecins et même infirmiers ne voient pas l'intérêt d'inclure un pharmacien ... (30)

Les partenaires importants (30): les collectivités locales sont très importantes dans ces projets car ce sont les premières à rendre compte d'une démographie médicale déficiente. Elles peuvent être à l'initiative de l'idée d'une MSP et pousser certains professionnels de santé à porter le projet. L'offre de santé dans une commune est primordiale pour qu'elle se développe et c'est pour cela qu'elles pourront trouver ou aider à trouver le terrain et les financements pour la construction du bâtiment. Les autres partenaires importants sont les URPS, conseils ordinaires, associations de patients, le conseil général, la région, l'ARS... Une bonne coordination sera importante et le porteur du projet en sera la clé (30).

Élaboration d'un projet de santé et d'un projet professionnel (30): le projet de santé va détailler la prise en charge d'un patient au sein de la structure ainsi que la qualité des soins et

tous ce que la MSP va apporter au patient : éducation thérapeutique, prévention, meilleure prise en charge des pathologies chroniques. Le projet professionnel est en lien étroit avec le projet de santé et il va définir les moyens d'arriver à réussir le projet de santé. Il doit apporter des solutions concrètes à la coordination et à la coopération entre les professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la MSP. Il doit définir le rôle de chacun, le partage des tâches et les horaires ... Le but du projet de santé est de se différencier d'un simple regroupement de professionnels de santé et aussi d'avoir accès à des financements versés par l'ARS. Le projet professionnel doit fixer l'organisation pour éviter les problèmes entre les collaborateurs. Il faut que ce projet rassure les partenaires extérieurs, qui avec ce seul projet, doivent saisir l'implication de tous les professionnels de santé y participant afin de débloquer les financements (30).

Le projet juridique (30): pour un professionnel de santé qui est sur le terrain, cela paraît être une partie compliquée du projet. Heureusement des prestataires de service et les partenaires comme URPS et ARS qui ont tout intérêt à trouver des solutions pour palier aux déserts médicaux proposeront des choix à ce niveau. On peut s'orienter vers la création d'une association (loi 1901) pour regrouper tous les participants et avoir un interlocuteur unique pour les partenaires extérieurs. Avec l'association, il y a création d'un règlement intérieur qui peut être déterminant pour l'avenir de la MSP (ex : conditions d'entrée et de sortie d'un professionnel de santé). Par la suite il faut que la MSP deviennent une société avec des associés. La SCM (société civile de moyens) est bien connue, elle permet de faciliter l'exercice entre les associés par la mise en commun des frais de fonctionnement : secrétariat, service comptable, loyer, personnel, fournitures ... les associés partagent les frais mais pas les bénéfices, ils restent indépendants. Ce type de société ne traite pas l'interprofessionnalité, la coopération, la coordination. Seule la SISA, société interprofessionnelle de soins ambulatoires, est adaptée à une telle structure. Nous la traiterons ultérieurement car il n'est pas nécessaire d'avoir une MSP pour créer une SISA (30).

Le projet immobilier (30): il y a trois choix : la rénovation de locaux, la construction de nouveaux locaux ou l'acquisition de locaux. Le choix va être d'être propriétaire ou locataire. Dans tous les cas « *Une Maison de Santé doit être constituée idéalement : d'un accueil et une salle d'attente, des cabinets adaptés aux professionnels de santé, avec des salles d'examen attenantes, d'un parking adapté au nombre de professionnels de santé, des sanitaires réservés aux professionnels et au public, d'un local de rangement, d'un logement pour les remplaçants*

*ou les étudiants, d'une salle de réunion pour les réunions interprofessionnelles et d'autres locaux suivant les besoins des collaborateurs du projet. Les conditions d'accès à la structure doivent être optimisées (parking, accessibilité aux personnes à mobilité réduite etc.) et le confort des usagers pris en compte. »(30)*

Le financement (30): il peut provenir des professionnels de santé, s'ils souhaitent être propriétaires des locaux mais le plus souvent les partenaires vont aider au financement. Les collectivités locales, la région, l'État et même l'Europe peuvent débloquer des financements. L'ARS par le FIR, fond d'intervention régionale, peut en financer une partie si le projet de santé est cohérent et que l'implantation répond à des besoins en terme de santé publique (30).

Une MSP dans le diabète (31, 32):

Certaines MSP comme celle de Bléterrans dans le Jura ont expérimenté l'impact d'un programme d'éducation thérapeutique des diabétiques. Cette MSP comporte 23 professionnels de santé ; 8 généralistes, 5 infirmières, 4 kinésithérapeutes, 3 podologues, 1 orthophoniste, 1 diététicien et 1 psychologue. Jean Michel Mazué a présenté ces résultats sur une vidéo présente sur le site de la HAS. Le budget fixe qui leur est alloué leur a permis d'engager une infirmière avec les autres MSP qui sont présentes dans la fédération des MSP (5 MSP). Cette infirmière est présente une journée par semaine dans cette MSP, elle détient un DU d'éducation thérapeutique. Les différents médecins ont mis au point un programme d'éducation thérapeutique et c'est l'infirmière qui effectue l'éducation en séances individuelles. Les résultats sont basés sur 44 patients diabétiques qui avaient fini le programme au moins 3 mois avant le début de l'étude. Le programme d'ETP s'effectue en plusieurs séances individuelles. La première avec la présence du médecin et de l'infirmière pour l'inclusion du patient. Les autres seront seulement avec l'infirmière et aborderont les sujets suivants : diététique, traitement et l'autosurveillance glycémique, pied du diabétique et suivi au long cours avec les complications (31).

Les résultats sont significatifs avec une perte de poids notable pour tous les participants et une hémoglobine glyquée qui a diminué d'au moins un point par patient. Les patients ont une meilleure observance des traitements, ils se sont appropriés leur maladie et sont donc plus autonomes. L'avantage principal que cela se fasse en MSP est que l'ETP se pratique au plus près de leur lieu de soin habituel, cette proximité facilite le passage du

message et améliore la qualité des soins. Les patients et les professionnels de santé en retirent une satisfaction et montrent que l'ETP est possible en pratique de routine (31).

## **2-Les sociétés interprofessionnels de soins ambulatoires (SISA)**

**« Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires**

*NOR: ETSH1203618D*

**Publics concernés** : les professionnels médicaux, les auxiliaires médicaux et les pharmaciens.

**Objet** : description des activités pouvant être exercées en commun dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) — définition des mentions obligatoires devant figurer aux statuts de ces sociétés.

**Entrée en vigueur** : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notice** : les SISA sont des sociétés permettant à certains professionnels de santé d'exercer en commun les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. Le décret précise ces activités et définit les mentions devant figurer obligatoirement dans les statuts : l'identité des associés, leur compétence, leurs apports et le capital social de la société. Les associés peuvent ajouter toute autre disposition qui leur paraîtrait opportune sous réserve qu'elle respecte le principe d'indépendance des professionnels de santé et n'entrave pas le droit du patient de choisir son praticien.

**Références** : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance ( <http://www.legifrance.gouv.fr> ). Le présent décret est pris pour application de l'article 1er de la 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.

*Le Premier ministre,*

*Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,*

*Vu le code civil, notamment ses chapitres Ier et II du titre IX du livre III ;*

*Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4041-2 et L. 4041-5 ;*

*Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 8 février 2012 ;*

*Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 7 mars 2012 ;*

*Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 1er février 2012 ;*

*Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,*

*Décète :*

## **Article 1**

*Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IV ainsi rédigé :*

### *« TITRE IV*

#### *« LA SOCIÉTÉ INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES*

*« Art. R. 4041-1. - Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 4041-2 sont ainsi définies :*

*« 1° La coordination thérapeutique, entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soin ;*

*« 2° L'éducation thérapeutique du patient telle que définie à l'article L. 1161-1 ;*

*« 3° La coopération entre les professionnels de santé telle que définie à l'article L. 4011-1.*

*« Art. R. 4041-2. - Si les statuts sont établis par acte sous seing privé, il en est établi autant d'originaux qu'il est nécessaire pour l'exécution des diverses formalités requises et la remise d'un exemplaire à chaque associé.*

*« Art. R. 4041-3. - Les statuts comportent les mentions obligatoires suivantes :*

*« 1° Les nom, prénom, domicile de chaque personne physique associée de la société ;*

*« 2° La forme, l'objet et l'appellation de la société ainsi que la durée pour laquelle elle est constituée ;*

*« 3° L'adresse du siège social ;*

*« 4° Selon le cas, le numéro d'inscription à l'ordre pour tout associé relevant d'un ordre professionnel ou la justification d'autorisation d'exercer pour les autres associés ;*

*« 5° La profession exercée par chaque personne physique associée de la société et, le cas échéant, ses différents titres et spécialité ;*

*« 6° La nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;*

*« 7° Le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales représentatives de ce capital ;*

*« 8° L'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social ;*

*« 9° Le cas échéant, le nombre de parts d'intérêt attribuées à chaque apporteur en industrie ;*

*« 10° Les modalités de fonctionnement de la société, notamment les règles de désignation du ou des gérants et le mode d'organisation de la gérance ;*

*« 11° Les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.*

*« Art. R. 4041-4. - Les statuts ne comportent aucune disposition tendant à obtenir d'un associé un rendement minimum ou de nature à porter atteinte à l'indépendance professionnelle de chacun d'entre eux et au libre choix du praticien par le malade.*

*« Art. R. 4041-5. - Dans les maisons de santé constituées sous forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires, le projet de santé mentionné à l'article L. 6323-3 est annexé aux statuts. »*

## **Article 2**

*Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.*

*Fait le 23 mars 2012.*

*Par le Premier ministre : François Fillon*

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,  
Xavier Bertrand » (33)*

C'est la loi Fourcade du 10 août 2011 (décret le 23 mars 2012) qui crée les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Les SISA ont été créées pour répondre à la problématique de l'interprofessionnalité, de la coordination et de l'éducation thérapeutique, dans les MSP, ce que ne permet pas les autres sociétés comme la SCM (Société Civile de Moyens) ou la SNC (Société en Nom Collectif). La SISA permet donc la mise en commun de moyens pour faciliter le travail des différents associés mais en plus elle permet l'exercice en commun, la coordination, l'éducation thérapeutique, la coopération entre les différents professionnels de santé et la rémunération de ces diverses activités, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé. Toutes organisations de professionnels de santé voulant prétendre aux NMR (nouveau mode de rémunération) doivent passer sous la forme SISA (34).

Les professionnels de santé et auxiliaires de santé pouvant être associés dans une SISA sont (34):

- médecin
- pharmacien
- chirurgien dentiste
- pédicure podologue
- infirmier
- sage femme
- masseur kinésithérapeute

Des professionnels comme les diététiciens ou les psychologues peuvent être employés ou vacataires de la SISA mais pas associés. Les associés ne peuvent être que des personnes physiques et pas morales (pharmacie d'officine, MSP) mais rien n'empêche ces personnes physiques d'exercer dans une officine ou une MSP (34).

Pour constituer une SISA, il faut au minimum deux médecins et un auxiliaire médical. Les SISA peuvent correspondre à des structures regroupées ou éclatées. Rien n'oblige une SISA à regrouper les différents associés dans une même structure même si un siège social doit

être désigné (34).

Pour simplifier, toutes formes de coordination ou de coopération entre professionnels de santé devraient être établies sous la forme juridique de SISA que ce soit une coopération entre professionnels non regroupée ou regroupée (34).

La déontologie :

Toutes ces coopérations posent-elles un problème de compéragé ?

L'article L.4043-1 du CSP clarifie la situation et élimine cette notion de « compéragé » dans la mesure où tout est fait dans les règles et conformément aux statuts de la société, cette dernière étant autorisée telle quelle par l'ARS.

*« Les associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ne sont pas réputés pratiquer le compéragé du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts. » (35)*

Malgré tout, les associés peuvent être accusés de compéragé si une activité est pratiquée en dehors des protocoles établis (34).

Les pharmaciens qui souhaitent participer à une coopération doivent établir une SISA si ce n'est déjà le cas pour ne pas être accusés de compéragé. En effet les patients entrant dans le protocole d'une SISA, bien que libres de choisir les professionnels de santé, sont mis au courant des associés de la SISA et sont plus ou moins encouragés à voir les professionnels de santé participant à la SISA pour avoir une coordination des soins efficiente. Un avantage "commercial" semblerait alors naître pour la ou les pharmacies entrant dans une SISA surtout s'il y a une densité importante de pharmacies localement (34).

Les activités concernées par l'exercice en commun au sein de la SISA sont (34):

- **la coordination thérapeutique** principalement le partage d'informations par l'intermédiaire d'un logiciel sécurisé. Chaque intervention, par un professionnel de santé, sur un patient qui entre dans le protocole devra y être notée. Ce « dossier médical » ou « carnet de suivi informatique » sera accessible par tous les professionnels de santé de la SISA. Des réunions de coordination doivent être programmées soit pour améliorer l'organisation ou pour évoquer des cas de patients spécifiques (34).
- **l'éducation thérapeutique et la prévention** : ces actions pourront être effectuées par

une infirmière ou un pharmacien et pourront être facturées à la sécurité sociale. Tout cela doit être défini par un protocole (34).

- **la coopération entre professionnels de santé** à l'intérieur et à l'extérieur de la SISA (34).

### **Création d'une SISA**

Le but de la coopération est d'améliorer la prise en charge du patient mais cela serait évidemment non rémunéré par la sécurité sociale s'il n'y avait pas un avantage économique. Il a été prouvé qu'une coopération et une meilleure coordination réduisaient les dépenses de santé. Par exemple : des temps de réactions plus courts évitant des hospitalisations et une éducation thérapeutique permettant aux patients de mieux appréhender leurs pathologies et de mieux vivre avec, en évitant les complications parfois graves et coûteuses.

La création d'une SISA reprend toutes les étapes évoquées précédemment pour créer une coopération entre professionnels de santé (34):

- Rechercher des partenaires (34): les professionnels de santé (au sens du Code de la Santé Publique) qui peuvent être associés au sein de la SISA, les autres professionnels de santé et les autres professionnels (femme de ménage, secrétaire médicale, ...). Il faut un professionnel référent pour toutes les interactions futures notamment avec l'ARS.
- Définir un projet de santé, comme précédemment un "état des lieux" local doit être établi car celui-ci doit répondre à une problématique de santé publique nationale ou locale et permettre une amélioration de la prise en charge des patients. Il est possible d'avoir une population-cible, soit par pathologie (ex : le diabète, ...), soit une localisation géographique (ville, canton ...) ou même par type de population (ex : population âgée, ...). Dans ce projet de santé l'aspect medico-économique doit être évoqué pour permettre financement et subvention, c'est-à-dire une réduction des coûts grâce à une meilleure prise en charge. Ce projet sera envoyé à l'ARS pour avoir l'autorisation ainsi que des financements possibles par le FIR (fonds d'intervention régionale) anciennement FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ), et les ENMR (expérimentation nouveau mode de rémunération) pour la coordination des soins et l'éducation thérapeutique. Les autorisations sont liées aux plans régionaux de santé et donc bien choisir sa

population-cible, pour répondre à une attente de santé publique, est déterminant pour avoir l'accord de l'ARS (34).

- Définir la prise en charge des patients ; ce qui doit être le plus important car si la question économique se pose ainsi que la faisabilité juridique du projet, le plus important reste le patient et comment améliorer sa prise en charge. Il faut donc définir le parcours de soins du patient, les améliorations apportées et le nombre de patients pouvant être inclus (34).
- Étudier la faisabilité : permet de définir un budget afin de pouvoir demander une aide cohérente vis à vis des besoins de la SISA (34).
- Rédiger des statuts (34): ils sont déjà relativement cadrés et on pourra les adapter selon chaque société. Ce que doivent comprendre les statuts :
  - Identité des associés (*personnes physiques uniquement*)
  - Forme, dénomination sociale, objet social, siège, durée, exercice social
  - Apports, capital social et parts sociales (*montant de l'investissement*), régime des cessions de parts sociales (*agrément de nouveaux associés*), retraits et exclusion des associés
  - Les conditions d'exercice des activités par les associés (*activités interprofessionnelles et mono-professionnelles*)
  - Administration et gérance de la société : nomination, pouvoir et responsabilité des gérants / cogérants (*limitation des pouvoirs de la gérance*)
  - Organisation des décisions collectives (*assemblées générales, quorum et majorité*)
  - Comptes sociaux : *date de clôture, approbation des comptes, répartition des charges et des produits entre les membres*
- Rédiger le règlement intérieur (34): il est d'une importance primordiale, en particulier pour les conditions d'entrée et de sortie de la SISA pour les associés, ainsi que la répartition des charges et des recettes. L'entrée / sortie d'associés doit se faire dans un fonctionnement tout à fait transparent : en effet, dans des zones pourvues de différents professionnels de santé, l'adhésion au projet pluridisciplinaire pourrait inciter le patient, à terme, à consulter les médecins, infirmières et pharmaciens membres de

cette société. Ne pas inclure un professionnel plutôt qu'un autre, membres de la même profession, pourrait être considéré comme un procédé de concurrence déloyale ou d'entrave à la liberté de choix du praticien par le patient. A titre d'exemple pour le diabète :

- pour les médecins, on rappellera que le suivi d'un patient diabétique disposant d'un 100% entraîne la perception d'une prime annuelle de 40 € de la sécurité sociale. Que penser si le médecin rattaché à la SISA suit quarante patients diabétiques et que son confrère local n'en suit plus que 2 ? (36)
  - pour les infirmières, « injection d'insuline après contrôle de la glycémie capillaire » = AMI 1 + 1 , soit 6,30 € par jour (AMI = Acte médico-infirmier côté 3,15) (37). Que penser si les deux infirmières rattachées à la SISA suivent ces quarante patients tous les jours et que leur confrère locale n'en suit que deux ?
  - Pour les pharmaciens, la marge sur une boîte de Lantus Solostar est de 9,21 €. Que pensez, là aussi, si le pharmacien rattaché à la SISA suit quarante patients tous les mois dans l'officine dont il dépend et que son confrère local n'en suit que deux ?
  - Pour les pédicure-podologues, la prise en charge par l'assurance maladie peut être assurée à hauteur de 27 € la séance, pour quatre à six séances dans l'année selon le grade de l'atteinte du pied. Que penser si un pédicure-podologue suis quarante patients alors que son confrère localement n'en suit que deux ?
- Une fois le dossier complet il doit être envoyé à l'ARS et aux Ordres respectifs des différents associés (34).
  - La SISA doit être enregistrée au registre du tribunal de commerce comme toute société (34).

Ces sociétés sont pour le moment exonérées d'impôt sur les sociétés. Elles sont soumises à la CFE (cotisation foncière des entreprises). Les bénéfices distribués aux associés par la SISA sont soumis au même régime fiscal que les honoraires d'activité (34).

#### La question de la TVA et du pharmacien ...

Les prestations facturées à l'assurance maladie par la SISA et rémunérées par les NMR sont exonérées de TVA. Par contre les prestations, fournies à ses membres dans le cadre de la mise en commun de moyens nécessaires à l'activité professionnelle des associés, ne peuvent

être exonérées de TVA que si la SISA ne comporte pas d'associés soumis à la TVA sur plus de 20% de ses recettes globales. Cette situation pose un problème pour le pharmacien, qui fait partie de la liste des professions autorisées mais pour qui l'officine facture quasi-100% de ces produits avec de la TVA (34, 38, 39).

La question fut posée sur les solutions vis-à-vis de ce problème de fiscalité à l'arrivée d'un pharmacien dans une SISA, et une réponse du Ministère des affaires sociales et de la santé fut donnée qui n'a guère satisfait les pharmaciens. En effet « *elle conclut que les SISA associant des pharmaciens sont exonérées de TVA lorsqu'elles ne mettent pas en commun de moyens* » (38) (*L'exonération de TVA lorsque des moyens sont mis en commun par des pharmaciens et d'autres professionnels de santé n'est pas autorisée par la directive 2006/112/CE*).

En pratique, une SISA n'a pas besoin de mettre en commun de moyens pour exercer ces nouvelles missions et les pharmaciens ne sont donc pas exclus des montages :

« *En revanche, des SISA créées pour gérer des financements associés à la pratique d'activités de coordination, de coopération et d'éducation thérapeutique peuvent associer des pharmaciens sans que cela entraîne leur assujettissement à la TVA* » (38).

En définitive, il faudrait créer une autre société pour gérer la mise en commun de moyens, ce qui implique un montage complexe que les autres professionnels de santé ne sont pas forcément prêts à faire pour intégrer un pharmacien ... Dans un contexte où l'association de différents professionnels est déjà parfois « culturellement difficile », ces obstacles freinent d'autant plus l'incorporation de pharmaciens (38, 39).

### 3-Les pôles de santé

« *Extrait du Code de la Santé publique*

**Article L6323-4** (LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40)

*Les pôles de santé assurent des activités de **soins de premier recours** au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de **second recours** au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.*

*Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. » (40)*

Le pôle de santé est à rapprocher d'une MSP mais éclatée c'est-à-dire multisite. Il regroupe différents professionnels de santé d'un territoire défini afin de mieux coordonner les soins et de répondre à une demande qui est liée le plus souvent à une démographie médicale faible. Les professionnels de santé isolés trouvent dans cette solution une réponse à leur demande qui est de rester présents là où ils sont installés tout en facilitant les échanges avec les autres professionnels afin de mieux suivre le patient. Les démarches sont les mêmes que pour une MSP sauf qu'il n'y a pas de projet immobilier car le but est de couvrir un territoire et pas de concentrer les professions. Le pôle de santé assure des activités de premiers recours (soins ambulatoires). Une SISA est possible si les différents acteurs le souhaitent et si le pôle veut faire de l'éducation thérapeutique, cette forme étant vivement conseillée pour prétendre aux NMR et éviter des accusations de compérages.

#### 4-Les réseaux de santé

« Extrait du Code de la Santé publique

**Article L6321-1** (Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 17 JORF 6/09/2003)

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

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

*Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale »(41)*

Les réseaux de santé sont constitués en majorité sous forme d'association loi 1901. D'un point de vue général les réseaux ont pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination et l'interdisciplinarité de la prise en charge. Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des différents acteurs intervenant dans le parcours de santé (42).

Ces réseaux sont financés par le FIR (fonds d'intervention régional) anciennement appelé le FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) (43).

En 2011 on dénombrait 716 réseaux pour un financement d'un montant de 167 millions d'euros (43).

La loi HPST n'a pas supprimé les réseaux de santé mais elle introduit de nouvelles formes d'organisation (maisons et pôles de santé) et elle « normalise » les réseaux en les intégrant dans un dispositif plus large d'organisation territoriale, de coordination des soins et de contractualisation (44).

Un réseau de santé couvre le plus souvent un territoire assez large comme un département et cible une population particulière. Le réseau doit répondre à un besoin de santé qui concerne plusieurs compétences professionnelles différentes. Le rôle d'un réseau est l'accompagnement global du patient. Il va apporter son soutien au patient et ses proches si besoin par un accompagnement complet (informations, programme d'activités, ...). Et il va apporter son soutien aux professionnels de santé en leur permettant de continuer à les suivre dans les meilleures conditions. Les réseaux sont très souvent en lien étroit avec l'hôpital ou les établissements de soins (42, 43).

Les réseaux de santé viennent en appui du médecin généraliste qui, face à des patients en situation complexe, peut les solliciter pour une meilleure prise en charge dudit patient. La complexité peut venir d'un point de vue (43):

- médical : associations de plusieurs pathologies, équilibre non acceptable d'une pathologie, un degré de sévérité nécessitant une aide, ...
- psycho-social : isolement ou une fragilité mentale du patient, ...

Le but du réseau sera donc de faciliter la coordination des soins sans se substituer aux acteurs de soins déjà en place (43).

Pour résumer, il aura 3 rôles principaux (43):

- 1 Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premiers recours
- 2 Apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient.
- 3 Favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Pour arriver à ce résultat il faut sensibiliser à la détection des patients en situation complexe. Il faut que les réseaux soient connus par les médecins et qu'ils connaissent les protocoles pour ne pas avoir peur de les contacter. Une fois que la population cible est incluse il faut que le réseau puisse l'accueillir pour l'informer et être à l'écoute des attentes du patient et/ou de son entourage (43).

Pour gérer cela, il faut une personne qui soit un coordonnateur d'appui : son rôle sera de suivre le parcours de santé du patient et de faciliter les interactions entre les différents intervenants. Il doit réaliser le PPS (plan personnalisé de santé) et le faire valider par le médecin. Il devra mettre en place les retours à domicile après hospitalisation, faciliter la transmission entre l'équipe hospitalière et l'équipe ambulatoire, anticiper les problèmes éventuels comme le maintien à domicile et hospitalisations d'urgence, en clair coordonner les soins (43).

Ce coordonnateur devra gérer idéalement entre 150 et 200 patients. Il faut que ce soit une personne compétente connaissant la pathologie, la prise en charge et le parcours de soins donc un médecin voire un(e) infirmier(e) (43).

Le PPS (plan personnalisé de santé) doit être défini pour chaque patient entrant dans le protocole. Ce plan va traduire les besoins du patient et programmer son parcours de santé. Il va fixer des objectifs, les différentes tâches à réaliser, les différents acteurs de soins et le calendrier des différentes interventions (43).

Au-delà de la coordination, de la coopération il y aura des programmes d'éducation thérapeutique en groupe ainsi que d'autres activités proposées en rapport avec la pathologie. Les patients acceptent d'adhérer au protocole en signant une charte et s'engagent à suivre leurs engagements (même s'ils peuvent se retirer à tout moment) (43).

### Évaluation des réseaux de santé (43)

Comment évaluer ces réseaux : une analyse par l'Indice Synthétique de Qualité (ISQ)

Dix items (►) sont abordés et pour chaque item la réponse peut être oui ou non. "Oui"

compte 1 point et "Non" compte pour zéro, on obtient donc une note sur 10. Les différents items sont (43):

#### « Objectifs fixés par convention

► *Atteinte de l'objectif fixé par la convention de financement et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du GMSIH.*

► *Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux de santé, établissements de santé, CLIC, CSAPA ...)*

#### Prise en charge des patients

► *Élaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes...)*

► *Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles*

► *Existence d'une permanence téléphonique*

#### Résultats sur réseaux diabète

► *Mise en place systématique d'un dossier patient du réseau/PPS (100% des patients adhérents du réseau et ayant un Plan Personnalisé de Santé - PPS)*

► *Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient du réseau/PPS par les professionnels*

► *Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient*

#### Participation et intégration des acteurs

► *Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation)*

#### Organisation et fonctionnement du réseau

► *Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité, par exemple : hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels...) ainsi qu'une évaluation des actions correctrices. »(43)*

Le résultat entre 0 et 10 peut être une indication de ce qu'il reste à améliorer et si la note est trop basse le financement par le FIR (anciennement FIQCS) pourrait être réduit. Sur la diabétologie il y a 65 réseaux. Leur moyenne est de 6,3/10 et 35% sont situés entre 0 et 5/10 inclus (43).

Cette méthode d'évaluation n'est pas parfaite mais permet un suivi des réseaux. La moyenne de patients suivi par réseau diabète est de 477 et la médiane est de 321 patients.

### Contractualisation

Les réseaux de santé doivent rendre des comptes pour pouvoir accéder à ces financements et donc la loi HPST a inclus les réseaux pour contractualiser avec l'ARS. Ces contrats sont des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ), ils sont passés avec l'ARS et donnent accès au FIR (43).

Ces contrats sont constitués de deux parties : un socle contractuel posant les clauses générales et la durée, et des annexes au contrats fixant les objectifs et les indicateurs (entre autres éléments) pouvant être modifiés par avenants. Il est recommandé un suivi annuel avec modification des annexes par avenants si nécessaire et selon le bilan le réseau devra rectifier les objectifs ou continuer dans le même sens (43).

Qui dit travailler ensemble (ou coopération) introduit le fait de partager et échanger des informations efficacement en toute sécurité et en toute légalité. Voilà le plus grand problème de la mise en place d'une coordination et d'une coopération efficace (43).

La solution pourrait être le dossier médical personnel (DMP), accessible par les différents professionnels de santé, dans lequel il pourrait être possible d'intégrer le PPS. On pourrait également disposer d'un système de messagerie-santé sécurisé (43).

Jusqu'à présent, le patient peut avoir une sorte de carnet de bord qui intégrera son PPS et qu'il peut présenter à chaque professionnel de santé, qui pourra noter chaque intervention sur le patient. Le problème est que les professionnels perdent du temps et doivent saisir les mêmes choses plusieurs fois (carnet, dossier personnel, ...) (43).

A ce jour, la seule coopération informatique massive et efficace de partage des informations entre professionnels de santé est le dossier pharmaceutique, entre pharmacies. Assez paradoxalement, les pharmaciens sont assez rarement inclus dans les réseaux de soins alors qu'ils disposent de la meilleure base commune ... A côté de cela se sont développés des

systemes de messageries sécurisées qui permettent de faire gagner beaucoup de temps dans la transmission d'informations venant du laboratoire, des urgences, ... comme Apicrypt, ou e-santé Poitou-Charentes.

# **PARTIE III : Le pharmacien dans les coopérations**

## I- Place du pharmacien dans le système de santé : de nombreuses missions

Le pharmacien a des obligations déontologiques notamment dans l'éducation pour la santé.

L'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique définit les missions des pharmaciens d'officine. Il mentionne notamment que les pharmaciens officinaux «*contribuent aux soins de premier recours* » (45) (les soins de premiers recours : l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, conseils pharmaceutiques, orientation...) et ils «*peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients* » (45, 46)

Intégrer un pharmacien dans une coopération présente un réel intérêt car, vis-à-vis du patient ils ont (46):

- une proximité grâce au réseau de pharmacies existant,
- une accessibilité facile (horaires d'ouverture étendus et sans rendez-vous),
- une très bonne connaissance du patient dans sa totalité (milieu familial et social, habitudes de vie, ses proches et leurs pathologies, ...)
- une relation de confiance acquise aux travers de conseils et d'échanges multiples,
- une reconnaissance du rôle de pharmacien notamment dans les conseils (pour 96% des personnes, le pharmacien est un professionnel de santé indispensable (47))

Les rôles du pharmacien sont divers, et pas seulement la dispensation des médicaments (46):

- pratiquer l'éducation pour la santé

Le pharmacien doit sensibiliser et informer le patient sur la santé afin qu'il connaisse mieux les pathologies. Il doit faire de la prévention, prodiguer les conseils permettant d'éviter certaines pathologies et encourager le dépistage dans certaines conditions. Des documentations (du Cespharm, par exemple) peuvent lui être transmises pour appuyer le discours (46).

- Permettre au patient de mieux appréhender sa pathologie et ses traitements

Les explications de la maladie et du traitement qui y est lié, doivent être adaptées à chaque patient. Le but est une adhésion du patient à son traitement et un meilleur suivi. Il faut, par des questions brèves et simples, vérifier la bonne compréhension du patient. Dans ce dialogue le pharmacien doit expliquer, rectifier, compléter et faire adhérer (46, 48).

- Promouvoir le bon usage du médicament ainsi que surveiller l'observance

Les conseils sur la modalité et moment de prise sont importants, au point même d'être délétères si la prise est inadaptée (exemple : les sulfamides hypoglycémiantes ne doivent pas être administrés si le repas est sauté). La technique d'administration de certains médicaments (collyre, aérosol...) est parfois aussi importante que le produit en lui-même. Le pharmacien doit montrer et expliquer au patient la technique d'administration : dans le cadre d'un traitement chronique, il est nécessaire de vérifier que la technique d'administration est bien acquise (ex : asthme). On notera l'apport essentiel des connaissances en pharmacocinétique, par exemple pour lercanidipine avec une biodisponibilité multipliée par quatre lorsque la prise est effectuée dans les deux heures qui suivent un repas riche en lipides).

Il faut insister sur la prise régulière du traitement surtout dans les maladies chroniques asymptomatiques. Le patient doit être au courant qu'il ne faut pas prendre de traitements en automédication sans en parler au pharmacien afin d'éviter toutes interactions médicamenteuses. Le pharmacien doit informer le patient des effets secondaires fréquents afin qu'il sache les reconnaître (46).

- Éduquer le patient à l'auto-surveillance

L'automesure permet de surveiller sa pathologie voire, parfois même, d'adapter le traitement (autosurveillance glycémique et dose d'insuline). L'apprentissage de l'automesure est importante pour pouvoir utiliser par la suite les résultats dans le suivi du traitement. Le patient doit apprendre à reconnaître les signes d'alertes (déséquilibre de pathologie) comme les signes d'hyper- ou d'hypoglycémie dans le diabète (46).

- Être aux côtés des patients à travers les différentes épreuves qu'ils traversent

Le pharmacien va soutenir le patient et l'encourager à se livrer. Il va être disponible, à l'écoute sans jamais émettre de jugement. L'empathie est une qualité que le

pharmacien doit avoir. Il ne doit pas interférer dans les choix personnels du patient et tous les efforts du patient pour aller mieux doivent être valorisés (46).

- Orienter le patient (46, 48)

Les patients viennent souvent à la pharmacie pour des pathologies qu'ils pensent bénignes. Le pharmacien a comme rôle, par plusieurs questions succinctes, de savoir si cela nécessite une consultation médicale, un conseil officinal ou aucun traitement.

Exemple tirée de mon expérience personnelle : un patient âgé se présente à l'officine et se plaint d'une plaie au pied, « une sorte d'ampoule infectée ». Les questions ont été simples : êtes vous diabétique ? « NON » Prenez vous des traitements ? « Oui de la metformine et glimépéride ». Après avoir apporté une information sur sa pathologie et la surveillance particulière qu'il devait avoir vis à vis de ses pieds, ce patient fut orienté vers le médecin.

- Pharmacie clinique

L'analyse des traitements, des interactions, des effets secondaires fait partie des compétences et des missions du pharmacien. Cette analyse, à la demande du médecin, pourrait améliorer la prise en charge et la qualité de vie de certains patients.

- Lien ville-hôpital (48)

Après la sortie de l'hôpital un des premiers actes du patient est de se rendre à la pharmacie. Le pharmacien a alors un rôle important dans l'information au patient qui est parfois un peu perdu dans les nouveaux traitements ou les modifications de posologie.

La coopération entre professionnels de santé nécessite une communication de l'évolution des patients et pas seulement un appel téléphonique afin de demander au médecin s'il confirme sa prescription ...

En réalité, l'échange est souvent unidirectionnel, du pharmacien vers le médecin, dans le cadre du contrôle de la dispensation d'ordonnance et l'on peine un peu à approcher la coordination et la coopération citées dans la loi HPST.

Le pharmacien tient une place importante au sein du parcours de santé, il paraît alors indispensable de l'inclure ou tout au moins de l'informer de tout protocole de coordination ou coopération, en cours, autour de l'un de ses patients.

## II- Place du pharmacien dans la coopération ?

La complémentarité médecin-pharmacien-infirmière existe réellement et chacun dans cette équipe de soins a quelques chose à apporter. Or, force est de constater que le pharmacien est assez peu souvent inclus dans des projets de coopération et que son potentiel, eu égard à sa place dans le système de santé, soit si peu exploité.

Dans la plupart des coopérations existantes, l'éducation thérapeutique, la prévention et le suivi du traitement sont confiés à une infirmière. Les médecins ont tendance à coopérer avec les infirmières plutôt qu'avec les pharmaciens. Cela remonte sûrement au lieu de formation commun l'hôpital (CHU) où ils ont appris à travailler ensemble. Le pharmacien pendant ses études a très peu de contact avec les autres professionnels de santé. Seule la 5ème année hospitalo-universitaire permet d'interagir avec les autres étudiants et les autres corps de métier. Ce stage devrait être l'occasion de présenter le métier aux étudiants (médecins, infirmiers...) et professionnels de santé dans le but de faciliter les coopérations dans l'avenir.

La thèse de Charlotte THIBAUD soutenue le 4 juin 2012 (NANTES) dont le sujet est : « interdisciplinarité médecin-pharmacien : quelle est la perception des médecins ? Étude qualitative » présente les relations entre médecin et pharmacien. Elle s'appuie notamment sur quinze interviews de médecins (49).

Elle a montré (sur ce petit échantillon) la méconnaissance de certains médecins sur la responsabilité du pharmacien lors de la dispensation. Certains pensaient que le pharmacien n'avait aucune responsabilité vis-à-vis de la dispensation d'une ordonnance (49).

Ce manque de connaissance de l'acte pharmaceutique entraîne une certaine méfiance des médecins. Comme ils ne pensent pas partager la responsabilité du traitement, ils n'acceptent pas de coopérer avec le pharmacien et les prescripteurs perçoivent alors l'opinion pharmaceutique fournie par le pharmacien comme une intrusion dans leur exercice plutôt qu'une aide dans leur pratique.

Cette thèse a aussi montré qu'il y a une image négative de la profession de pharmacien fournie aux médecins durant leurs études (49). À la faculté il est de coutume d'opposer médecin et pharmacien en faisant passer le pharmacien pour un simple vendeur de boîtes. Certains médecins trouvent qu'il y a des pharmaciens dont la balance santé/commercial penche du côté commercial. Ces médecins peuvent difficilement envisager de coopérer avec un « commerçant ». Les attaques successives de grandes surfaces et les études "UFC-QueChoisir" fragilisent l'image de professionnel de santé et promeuvent l'image négative

commerciale du métier. Tous ces points peuvent entraîner des réticences pour s'engager dans une coopération médecin-pharmacien. Heureusement dans cette thèse la majorité des interviews relève le fait que les médecins considèrent les pharmaciens comme des professionnels de santé avec un rôle important, des connaissances dans leur domaine et une complémentarité (49).

Comme frein à la coopération pourrait être évoquée la notion de compéage, mais on notera qu'elle s'applique autant dans le relationnel médecin-pharmacien que dans le relationnel médecin-infirmière.

Le conseil, la prévention et l'éducation thérapeutique font partie des missions confiées aux pharmaciens par la loi HPST, il paraît donc étonnant qu'il soit « sous-sollicité » dans les coopérations...

Les infirmières ont maintenant le droit d'effectuer des consultations infirmières, terme "réservé" classiquement aux médecins (50). Il faut rappeler qu'il y a peu de temps les pharmaciens ont reçu de nouvelles missions incluant des entretiens pharmaceutiques. Ces « entretiens », pouvant être assimilés à des « consultations pharmaceutiques », sont encore relativement mal perçus par les autres professions : introduits en premier lieu pour le suivi des patients sous anticoagulants, ils ont été décriés par certains syndicats médicaux et infirmiers, avec peut-être la perception d'une « concurrence d'acte ».

Pierre De Haas est médecin généraliste et président de la fédération française des maisons et pôles de santé. Dans une interview qui lui est donnée dans la revue *Le pharmacien de France* n°1237 de février 2012, j'ai relevé quelques passages relatifs à sa vision de la place du pharmacien dans les coopérations :

*« Nous accompagnons des maisons de santé et, lorsqu'on demande au professionnel de santé « leader » (très souvent le médecin) s'il a pris contact avec les pharmaciens du secteur, il s'étonne même de la question. Je me souviens d'une femme en formation à qui nous expliquions que le pharmacien est l'acteur de soins de premier recours et qui nous rétorquait que, non, c'est un vendeur de médicaments. Nous avons poursuivi notre explication. À la fin, elle nous a dit : « Vous avez raison et, c'est fou, la pharmacienne est une de mes amies ! Je ne lui en ai pourtant jamais parlé. » Son objectif numéro un du lundi suivant fut donc d'aller prendre le café avec sa pharmacienne ! Les réfractaires ne résistent pas à l'argumentation.*

*Quand les médecins comprennent que les gens rentrent davantage dans la pharmacie que dans leur cabinet et ainsi que le pharmacien voit plus leurs patients qu'eux, ils finissent par comprendre qu'il peut être un acteur très important de l'accompagnement des patients. » (51)*

Dans ce passage nous pouvons voir que certains médecins généralistes sont hostiles à l'intégration de pharmaciens dans les maisons de santé mais qu'une argumentation bien menée peut suffire à les convaincre.

*« Le pharmacien a toute sa place dans l'équipe de soins de premier recours. Mais il nous faut maintenant créer quelque chose de spécifiquement français, parce que ça n'existe nulle part ailleurs dans le monde : une équipe libérale – si tant est qu'on arrive à la maintenir libérale – constituée d'un pharmacien, d'un médecin et d'un infirmier, autour du patient » (51)*

Le docteur Pierre De Hass est avant-gardiste et inclut le pharmacien dans sa vision de l'avenir des coopérations. Nous verrons par la suite la maison de santé qu'il a créé et l'expérimentation incluant le trio médecin-pharmacien-infirmière.

***« Vous envisagez donc autour du patient un trio incluant le pharmacien et non pas une reproduction du modèle hospitalier médecin-infirmier ?***

*Les pharmaciens ont raison de craindre que l'infirmier puisse prendre une grande place en ambulatoire comme à l'hôpital, parce que cela peut être une piste. On ne sait pas. Si vous revenez dans le système de santé dans dix ans, qu'est-ce qu'on trouvera ? Trouvera-t-on encore des professionnels de santé libéraux ? Je l'espère ; nous travaillons dans ce sens et aspirons à un système fondé sur ce trio pharmacien-médecin-infirmier libéraux. Ou alors cela n'aura pas fonctionné et nous serons repartis sur un duo médecin-infirmier. » « il devrait y avoir des maisons libérales pharmacien-médecin-infirmier. » (51)*

Dans ce dernier passage nous pouvons voir que si les coopérations futures intègrent seulement des infirmières et que cela marche, les pharmaciens risquent d'être évincés des projets de coopération. Certaines fonctionnent déjà avec un transfert d'acte. Dans le diabète l'expérience ASALEE dont l'action restait au départ cloisonnée aux Deux-Sèvres est en train de s'étendre (52).

En pratique, il faut garder à l'esprit qu'aux yeux de la loi, le spécialiste du médicament est le pharmacien. Ce dernier a un impact sur l'ordonnance beaucoup plus fort que l'infirmière puisqu'il est apte à proscrire l'exécution de celle-ci, ainsi est-il parfois perçu comme étant dans un rôle de « gendarme ».

### **III- Quelles formations complémentaires pour rentrer pleinement dans une coopération ?**

L'un des freins à la coopération était, parfois, que l'on considérait que la formation des pharmaciens n'était pas suffisante pour prétendre à faire de l'éducation thérapeutique.

L'Arrêté du 2 août 2010 modifié par l'arrêté du 31 mai 2013 qui traite les compétences nécessaires à la coordination et l'éducation thérapeutique précise qu'il faut suivre une formation abordant divers thèmes pour pouvoir gérer un programme d'éducation (53, 46).

Il existe plusieurs formations différentes qui permettent d'avoir un niveau de compétence plus ou moins important dans ce domaine : des formations universitaires avec des DU ou master, mais aussi via des organismes de formation continue comme IPCEM ou EDUSANTE (46). Pour pouvoir accéder à un programme d'éducation thérapeutique et prétendre à une rémunération, il faut absolument avoir eu une formation qui respecte les recommandations de l'OMS avec différents objectifs définis et disposant d'un agrément (53, 46).

Une hypothèse est posée : afin de faciliter les coopérations, la formation en éducation thérapeutique pourrait-elle être incluse dans la formation initiale des professionnels de santé ? Elle y aurait toute sa place.

### **IV-Un exemple de SISA avec un protocole incluant deux pharmaciens**

#### **1- Présentation de l'expérimentation ESPREC**

Une expérimentation de coopération incluant pleinement le pharmacien existe. Cette expérimentation est basée sur la création d'une équipe de soins de premier recours en maison ou pôle de santé. Cette équipe de soins comprend les trois acteurs le plus souvent en contact avec le patient c'est à dire médecin-pharmacien-infirmière. Il faut que la maison ou le pôle de santé soit créé sous la forme SISA. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR) permet de développer et de rémunérer la coordination (réunions). Le nom de ce protocole est ESPREC qui signifie : Equipe de Soins de Premier REcours en suivi de Cas complexe. Comme le nom l'indique le but est d'avoir un suivi coordonné et renforcé de

patients ayant une pathologie chronique n'étant pas contrôlée. Il est évident qu'une évaluation est prévue permettant de vérifier le bénéfice de cette coordination par l'intermédiaire de l'évolution des indicateurs de qualité. Cette évaluation doit montrer une amélioration des indicateurs de qualité et une diminution du recours à l'hospitalisation. La prise en charge de chaque pathologie fait l'objet d'un protocole. La plupart existent déjà et ont été validés par la HAS et l'ARS et il suffit donc de les adapter (54, 55).

Cette expérimentation porte sur (55) :

- le diabète de type 2
- les pathologies cardiovasculaires
- les personnes âgées fragiles

Les critères d'inclusion d'un diabétique de type II sont les suivants (55) :

- deux HbA1c consécutives espacées de 3 mois supérieures à 8%
- aggravation ou survenue d'une complication

Les indicateurs évalués sont (55) :

- L'hémoglobine glyquée en début et fin de programme ainsi que le nombre pratiqué l'année en cours et l'année précédente.
- L'IMC de début et fin de programme
- Les prescriptions d'un IEC ou SARTAN si microalbuminurie, ...
- Le nombre d'hospitalisations pendant le programme et le nombre l'année précédente.
- Questionnaire de satisfaction du patient

Pour participer à l'opération ESPREC il faut suivre une formation afin d'être opérationnel dans l'accompagnement de cas complexe (55).

La rémunération correspond à un ENMR module 2. L'équipe aura une dotation de 250 euros par patients par an pour assurer les réunions de coordinations et aussi la possibilité d'avoir une intervention d'un autre acteur de santé (diététicienne par exemple). Un forfait de formation de 1000 euros est alloué par MSP ou PSP dans la limite de 3 par an (55).

Le fonctionnement du protocole ESPREC se déroule en 4 étapes (55, 56):

L'inclusion du patient, la réunion médecin-pharmacien-infirmier, le suivi par le professionnel référent et l'évaluation de fin d'année.

### **L'inclusion du patient**

C'est le médecin qui décide d'inclure le patient. Pendant une consultation, il va proposer au patient le service de suivi coordonné. Le patient a le choix de refuser ou d'accepter. Si le patient accepte, il faut s'assurer que l'infirmière et le pharmacien l'encadrant participent au projet. Le médecin remet au patient une documentation sur ESPREC et récupère son consentement signé. Il remplit le dossier médical et organise une réunion (55, 56).

### **La réunion médecin-pharmacien-infirmière**

Pendant cette réunion, le médecin présente le cas et explique les raisons de son inclusion. L'infirmière et le pharmacien fournissent les différentes informations dont ils peuvent disposer sur le patient. La prise en charge qui suit est définie par les protocoles pluridisciplinaires existant (HAS). Un PPS va être rédigé pour fixer les objectifs sur l'année. Pour finir, un des trois professionnels sera défini comme professionnel référent du patient (55, 56).

### **Le suivi par le professionnel référent**

Il doit, après la réunion, rencontrer le patient. Le patient doit accepter le professionnel comme référent. Ensuite le référent va expliquer au patient comment la coordination va se passer et recueillir son autorisation pour le partage d'informations sur son suivi.

Il contactera le patient au minimum une fois par mois pour le suivre au mieux (2 à 3 fois par mois si nécessaire). Ces contacts peuvent être à domicile ou sur le lieu d'exercice du professionnel, voire par téléphone. Ces contacts répétés vont pouvoir permettre de détecter au plus tôt le moindre souci du patient et ainsi prendre les mesures pour les régler. Le référent va apporter son soutien, l'aider à mieux comprendre sa pathologie et le stimuler pour améliorer l'observance. Une réunion de coordination peut être organisée si nécessaire avec les trois intervenants. Les deux autres professionnels (non référents) continuent à partager les informations sur le patient et contrôlent aussi le suivi de la pathologie à chaque rencontre.

Si le problème paraît trop important, après une réunion de coordination, il peut être décidé d'orienter vers une consultation de spécialiste ou dans un autre registre déclencher une action avec le secteur social (55, 56).

### **Évaluation de fin d'année**

Une réunion sera organisée, la fiche d'évaluation du patient sera remplie avec les données demandées, les trois acteurs de ce projet vont parler du patient et de son évolution vis à vis des objectifs. Ainsi pourront-ils déterminer si la prise en charge a été satisfaisante ou si des

améliorations doivent être apportées (55, 56).

## 2- La maison de santé de Pont d'Ain

La maison de santé pluridisciplinaire de Pont-D'Ain créée en 2006, intègre dans ses locaux une pharmacie. Elle occupe près d'un quart de la MSP, avec une entrée évidemment séparée. Les pharmaciens, médecins et paramédicaux sont copropriétaires de cette surface de 1000 m<sup>2</sup> sur deux étages (57).

On compte dans cette maison de santé : la pharmacie avec ses deux pharmaciens titulaires, 4 médecins généralistes, 2 infirmières, 2 orthophonistes, 2 kinésithérapeutes, 1 neuropsychologue, 1 diététicienne, 1 pédicure-podologue. Il y a également un local réservé au centre social du conseil général (57, 58).

Depuis sa création les différents professionnels expérimentent de nouvelles formes de coordinations pluridisciplinaire (57).

En 2012, elle s'est transformée en SISA après la parution du décret, et début 2013 ils ont commencé le protocole ESPREC (57, 59). Un des médecins généralistes est le docteur Pierre De Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé. Il est le promoteur principal du projet. Dans le *Moniteur des pharmacies* n°2951 du 06/10/2012 et aussi comme vu précédemment dans *Le pharmacien de France* n°1237 paru en février 2012, nous pouvons voir toute l'implication de ce praticien dans l'évolution de l'exercice médical regroupé et son désir que le pharmacien participe pleinement à l'équipe de soins de premiers recours (57, 51).

Cette maison de santé et cette expérimentation ont vu le jour en grande partie grâce au docteur Pierre de Haas. Les deux pharmaciens titulaires ont su en saisir l'opportunité et intégrer dans tous les sens du terme la MSP et cette expérimentation (57).

Le *Moniteur des pharmacies* n°2998 du 14 septembre 2013 évoque l'expérience de ses deux pharmaciens pionnier, Norbert Flaujac et Frédéric Garnier (57):

« A Pont-d'Ain, la coordination des soins est rémunérée au forfait et rapporte 50 000 euros annuels à la maison de santé (pour 1 million d'euros de chiffre d'affaire , hors pharmacie). « Cette coordination est d'abord informelle, raconte Norbert Flaujac. Nous nous parlons chaque jour puisque nous partageons les mêmes locaux. », mais trois réunions de

coordination annuelles ont été formalisées. Et, depuis le mois de septembre, les pharmaciens ont un accès au système d'information de la maison de santé pour consulter les dossiers médicaux. Pierre de Haas assure qu'il n'y aura pas de restriction d'accès : « *Nous voulons tout partager.* ». Autre exemple de coopération : les médecins ont espacé de trois mois à un an les consultations des patients hypertendus stables, mais les pharmaciens sont vigilants et forment ces patients à l'utilisation de l'autotensiomètre. Pour le protocole ESPREC, la maison de santé est rémunérée 250 euros par patient, au bénéfice des professionnels de santé ou pour payer un coach sportif, une diététicienne ... Les pharmaciens estiment de leur côté percevoir « *environ 300 euros par an* » de rémunérations forfaitaires au titre des ENMR, pour un chiffre d'affaires annuel de 2,9 millions d'euros.« *C'est une somme dérisoire, mais le bénéfice est ailleurs,* estime Norbert Flaujac.*Nous offrons à nos clients l'opportunité d'intégrer un réseau de soins. Et nous espérons qu'à l'avenir ce type de rémunérations évoluera.* »(57)

Cet extrait du *Moniteur des pharmacies* permet de comprendre qu'à Pont d'Ain l'intégration des pharmaciens est une réussite. Grâce à cette participation, les pharmaciens se placent face au patient en tant que membre d'une équipe de soins et pas seulement en tant que pharmacien. Dans le partage des rémunérations, le pharmacien semble peu satisfait mais pour lui ce n'est pas le plus important pour le moment.

Cette SISA existe bien et intègre des pharmaciens, le problème de la TVA n'a pas eu l'air d'en être un ici, l'important étant de réaliser les montages de société convenablement.

## **V- Entretien avec le réseau de santé diabète en Charentes-Maritime : le Réseau « ATLANTIQUE DIABETE »**

Cet entretien a eu lieu par téléphone et l'enregistrement de cette communication a permis de retranscrire fidèlement l'échange. Il a eu lieu avec la diététicienne du réseau, Madame TAUPIN, présente depuis la création et très investie dans la coordination. Cet entretien permet de comprendre le fonctionnement du réseau et d'avoir une réflexion sur la place du pharmacien :

## LE RESEAU

### **En quelle année le réseau a t-il été fondé ?**

*« En Février 2006 »*

### **Qui est à la base de la création du réseau ?**

*« A l'origine, il y a une association qui s'appelle ACREDIA (Association Charentaise pour la Recherche en Education DIAbétique) et le centre hospitalier de La Rochelle qui est le promoteur du projet. Puis il y a eu un comité de pilotage qui s'est créé pour définir les modalités, les statuts ... Le docteur GOUET diabétologue au CH de La Rochelle et président de l'ACREDIA est à l'origine de la création du réseau. »*

### **Combien êtes-vous dans le réseau ?**

*« On est 5 salariés : un équivalent temps plein de secrétaire, de diététicienne et d'infirmière. 0,9 équivalent temps plein du médecin coordinateur qui est un diabétologue et 0,2 équivalent temps plein du psychologue »*

### **Le réseau intègre t-il des pharmaciens ?**

*« Pas en tant que salarié mais une soixantaine de pharmaciens ont signés la charte d'adhésion. On peut être adhérent en tant que professionnel de santé ; l'adhésion est gratuite. Cette adhésion permet d'accéder à la coordination et à des formations »*

### **Le réseau s'étend sur quel territoire ?**

*« Tout le département de la Charente-maritime avec un axe plus développé La Rochelle-Rochefort-Saintes. Il y a des actions moins fréquentes sur Royan, Jonzac et Saint-Jean-d'Angely »*

### **Ce territoire pourrait-il s'étendre?**

*« En 2010, l'ARS nous a demandé d'avoir un projet d'extension sur la région mais avec un renouvellement de budget constant ! Ce qui n'est pas possible car il faudrait une deuxième équipe mobile sur un autre département. Le problème vient du gel des budgets car l'envie était là. Le contact avec des confrères nous montre un réel besoin d'étendre le réseau aux autres départements »*

### **Sous quelle forme juridique le réseau existe t-il ?**

*« Il est hébergé par l'association ACREDIA et a donc le statut associatif »*

### **Pensez vous qu'une SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires, soit réalisable pour un réseau de santé ?**

*« Je ne connais pas les SISA, mais le réseau ne fait pas de soins. C'est surtout de la coordination et de l'éducation thérapeutique donc non classé dans les soins ambulatoires, c'est peut-être pour ça que ça ne s'applique pas. »*

### **D'où viennent les financements du réseau et comment se répartissent t-ils ?**

*« Les financements viennent du FIR (fonds d'intervention régionale) à 99%. Ensuite il peut y avoir des dons, mais ceux-ci se raréfient au fil des années »*

### **Quels sont les postes de dépense du réseau ?**

*« Les salaires principalement, car contrairement à d'autres réseaux on a constitué une équipe mobile salariée qui pratique les actes d'éducation thérapeutique. Très loin derrière il y a les charges de fonctionnement et les dépenses de coordination. »*

### **Les médecins généralistes recrutant les patients sont t-ils rémunérés par le réseau ?**

*« Les professionnels qui font les réunions de coordinations sont rémunérés. Pour chaque patient, une réunion est réalisée un an après l'évaluation du PPS ; on y convie tous les professionnels encadrant le patient. Cette réunion peut être physique ou téléphonique. Il y a une prestation dérogatoire qui est prévue pour la rémunération (du médecin ou diabétologue par exemple) en fonction du niveau du patient.*

*Niveau 1 : pas de problème particuliers. Niveau 2 : patient complexe avec équilibre difficile ou précarité ou isolement. Un patient correspondant au niveau 2 est plus lourd à prendre en charge donc il y a un barème de rémunération en fonction du niveau du patient. »*

## **PATIENTS**

### **Comment faites-vous pour vous faire connaître auprès des médecins ?**

*« Juste après la création du réseau, on a fait un certain nombre de réunions de promotion dans différentes villes du départements et souvent dans des SNC (cabinet médicaux). Ces*

*réunions ont permis de faire connaître le réseau dans les premières années. Ensuite à partir du moment où un médecin adresse des patients, il connaîtra le fonctionnement et pourra en parler à d'autres médecins.*

*Nous effectuons des journées de sensibilisation où l'on fait du dépistage, on en profite pour faire en même temps la promotion du réseau. Ces journées de sensibilisation peuvent avoir lieu dans des centres sociaux, épiceries sociales ou au cours de journées thématiques.*

*Au cours des formations pluridisciplinaires organisées par le réseau, on fait de la promotion car certains médecins sont adhérents mais n'adressent pas de patients. Contacter le réseau pour faire adhérer ses patients n'est pas une pratique courante pour un médecin, il faut donc se familiariser avec ce système de réseau pour que ça fasse partie de la prise en charge.*

*Maintenant, on est assez connu, il y a à peu près un tiers des médecins généralistes du département qui sont adhérents. L'adhésion du patient peut se faire même si le médecin traitant n'est pas adhérent. Les médecins qui ne sont pas adhérents peuvent quand même accepter que leur patient soit adhérent et bénéficie des services du réseau»*

### **Tous les médecins peuvent ils contacter le réseau ?**

*« Oui »*

### **Sur quels critères les médecins choisissent-ils les patients ?**

*« C'est assez variable, il y a des médecins qui vont faire adhérer d'emblée tous leurs patients car ils ont eu de bonnes surprises avec des personnes dont l'éducation, contre toute attente, a permis une réelle amélioration de leur prise en charge. Pour d'autres, ils feront adhérer les patients dans plusieurs situations :*

- les patients complexes difficile à équilibrer*
- les patients ayant un problème d'observance*
- les patients nécessitant une mise sous insuline*
- les patients avec des problèmes de diététique*
- les patients avec des difficultés importantes sociaux-économiques (précarité, isolement). Pour ces derniers le réseau va permettre d'organiser le parcours de soin avec une assistante sociale ou un centre social »*

### **Actuellement, le réseau encadre combien de patients diabétiques ?**

*« On a à peu près 1800 patients adhérents depuis 2006. Depuis mars 2009, il y a une demande de l'ARS de faire des PPS et de distinguer les patients en file active de ceux qui n'y*

sont pas. La file active désigne les patients adhérents qui dans l'année en cours vont avoir une action effective (une séance d'éducation, une consultation psy...) au sein du réseau. Le nombre d'adhérents est constitué des patients en file active et de ceux n'ayant pratiqué aucune action au sein du réseau au cours de l'année. En 2012, il y avait environ 400 patients dans la file active.

Ces patients, dans la file active, ont donc eu un plan personnalisé de santé. Un an après l'adhésion du patient et la création de son PPS, il va y avoir une évaluation des compétences requises. Si ces compétences sont acquises le patient sort de la file active mais reste adhérent. Si le patient n'a pas acquis ces compétences, il reste dans la file active. Un patient sorti de la file active peut y retourner à tout moment, par exemple quand il y a une mise sous insuline. Il y a comme cela un roulement avec les nouveaux patients.

Depuis 2006, il y a des adhérents qui restent adhérents mais qui ne sont plus actifs car les compétences sont acquises... Et d'autres ont pu se retirer du réseau. »

### **Les patients signant la charte suivent t-ils bien leur plan personnalisé de santé ?**

« D'une façon générale, oui, car par définition le PPS s'adapte vraiment au patient. Si nous, en tant que soignant, on a bien identifié les besoins du patient et qu'on l'a fait avec le patient il n'y a pas de raison pour que le PPS ne soit pas suivi. C'est une feuille de route écrite avec le patient. Le plan suivi ne veut pas dire que les compétences sont acquises. Un patient qui va suivre, par exemple, des séances d'éducation en diététique n'aura pas forcément acquis la façon de réaliser ses repas. »

### **Comment mesurez-vous l'efficacité du réseau et son bénéfice ?**

« On a d'abord des réunions fréquentes pour ré ajuster les actions du réseau. Le programme d'éducation est réajusté selon les besoins. l'évaluation est un processus continu.

L'évaluation des patients s'effectue tous les ans, à un an du PPS et porte sur les compétences acquises. Il y a diverses façons d'évaluer le patient comme des questions ouvertes, faire simuler un geste au patient, le mettre en situation etc...

L'évaluation du réseau est annuelle avec un rapport d'activités annuel et un rapport quadriennal transmis à l'ARS. L'évaluation porte sur :

- les changements qui ont eu lieu au cours de l'année
- un bilan d'activité ; sur le nombre de nouveaux patients inclus, ceux dans la file active avec un PPS et le nombre d'adhérents ainsi que le nombre de professionnels adhérents
- les structures avec lesquelles on a des partenariats : CHU, cliniques, EHPAD...

- les formations dispensées par le réseau aux professionnels de santé
- l'évaluation financière avec le budget
- les actions faites dans le réseau (formations, coordination, actions d'informations, le nombre de séance individuelles et collectives et autres manifestations...)

*Pour résumer un compte rendu de tout ce qui a été fait dans l'année. Cela permet d'évaluer l'atteinte des objectifs inscrits dans le CPOM (Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) signé avec l'ARS. Ce contrat permet de fixer des objectifs et vérifier s'ils sont atteints. Ce contrat permet de débloquer le financement. »*

### **Quels en sont les résultats ?**

*« C'est le renouvellement du CPOM avec l'ARS qui permet de voir si les résultats sont bons. »*

### **Quels sont les différentes activités proposées aux patients et à quelle fréquence?**

*« C'est déterminé par le PPS. D'une façon générale on propose des séances individuelles ou collectives. Les séances individuelles sont surtout proposées à des personnes actives avec peu de disponibilités. Ces séances sont réalisées par la psychologue, l'infirmière ou la diététicienne selon l'action à effectuer. Les séances collectives sont réalisées en semaine sous forme de table ronde avec des méthodes pédagogiques assez réactives. Il y a des groupes d'incitation à l'activité physique sous forme de marche toutes les 4 à 6 semaines ; le but de cette activité étant pour les patients de reprendre confiance, leur redonner envie de pratiquer une activité physique avec des conseils de chaussage et d'ASG pour éviter l'hypoglycémie. Depuis peu de temps, il y a des groupes d'expression picturale qui par l'intermédiaire des arts plastiques permettent de verbaliser l'émotion, encadré par la psychologue. Il y a aussi des ateliers de diététique sur La Rochelle et Saintes, ce sont des ateliers pratiques où les gens cuisinent et apprennent à faire des plats équilibrés avec des modes de cuisson sans matières grasses, souvent des personnes seules.*

*Les séances individuelles ne se font pas à domicile ni à l'hôpital de La Rochelle où se situent nos bureaux. On essaye le plus souvent de coupler les consultations individuelles quand on se déplace pour une séance collective. Exemple : on va à Surgères tous les mois pour des séances collectives, on propose au patient de venir après la séance collective pour la consultation individuelle, ce qui lui évite de se déplacer loin de chez lui. On essaye vraiment de faire des services de proximité sans aller à domicile.*

*Chaque semaine, il va y avoir deux ou trois séances collectives. Selon la localisation il y a plus ou moins de demande. La Rochelle on y va toutes les semaines, les cantons de Rochefort*

*et Surgères on y va tous les mois, Saintes et Royan tous les 2 mois, Marans tous les trimestres. Jonzac, île de Ré et îles d'Oléron on se déplace selon les demandes. Même quand on a pas beaucoup d'interventions dans certains secteurs, on va passer tout le cycle d'éducation qui contient environ 8 thèmes dans l'année. C'est rare que le patient ait besoin de se déplacer ailleurs. Sauf peut être pour les ateliers de diététique qui n'ont lieu que dans deux villes. »*

## COORDINATION

### **Qui sont les coordonnateurs dans le réseau ?**

*« Le docteur Gouet et le docteur Djakouré coordonnent le réseau et l'équipe »*

### **Combien de patients les coordonnateurs suivent t-ils ?**

*« Les deux coordonnateurs ne suivent pas de patients, ils gèrent la coordination des actions du réseau et de l'équipe. La personne qui gère la coordination autour du patient c'est la personne qui fait le PPS, c'est à dire l'infirmière ou la diététicienne. Nos actions se résument principalement à la réalisation du PPS et l'identification des différents intervenants pour pouvoir communiquer la synthèse du PPS. »*

### **Avec quels professionnels de santé communiquez vous ?**

*« Avec les professionnels intervenants auprès du patient identifiés par le patient lors du PPS (du cardiologue jusqu'à l'assistante sociale)»*

### **Comment communiquez vous avec les professionnels de santé ?**

*« Soit par téléphone quand on a besoin de discuter du patient avec le médecin, soit par courrier. Dans les réunions de coordination cela peut être physique. »*

### **Quelles informations communiquez vous entre professionnels de santé ? (résultats médicaux, état psychique, motivation du patient...)**

*« Principalement la synthèse du PPS. Cette synthèse comprend le programme des interventions auprès du patient avec le bilan des complications (examens trimestriels et annuels), tous les besoins en soins, les pathologies concomitantes, le programme éducatif, les atouts et difficultés du patient, ses représentations du diabète et de sa santé, ses objectifs et*

*nos objectifs en tant que soignant.*

*Cette synthèse va être envoyée au médecin généraliste qui validera ou non le PPS, il pourra aussi demander des modifications. Il sera envoyé à tous les professionnels de santé identifiés par le patient.*

*Il se peut qu'il y ait des échanges d'informations médicales en dehors du PPS mais ce n'est pas fréquent. Souvent des analyses biologiques ou des comptes rendus d'hospitalisations et de consultations médicales»*

### **Les professionnels de santé se prêtent-ils au jeu en communiquant tous leurs actes ?**

*« Je ne dirai pas tous les actes, on ne peut pas demander au médecin généraliste de tout envoyer mais on a quand même de bons retours par exemple la plupart des PPS sont validés par les médecins par fax ou par mail. Après, pour les résultats biologiques purs, nécessaires pour l'évaluation annuelle, nous devons aller à la pêche à l'information. Mais on est quand même bien reçus, on a de bons contacts avec les soignants. »*

### **Les informations de la pharmacie sont-elles recueillies? Si oui, comment ?**

*« On a peu d'échanges avec les pharmaciens, je sais pas trop dans quelles mesures ils pourraient nous envoyer des informations. Mais c'est arrivé que des pharmaciens contactent le réseau pour communiquer des problèmes d'observance et de traitements ou alors conseiller au patient de contacter le réseau mais cela reste rare. »*

### **Le carnet de bord est-il un moyen de communication entre les professionnels de santé ou juste un moyen pour le patient de plus s'investir ?**

*« Le carnet de bord a été créé pour améliorer le suivi du patient et améliorer le remplissage du DMP(Dossier Médical Personnel); c'est un dossier sur internet qui permet de recueillir des informations anonymes sur le dossier médical du patient. C'est au patient de remplir le carnet de bord avec ou non l'aide d'un professionnel de santé. Dans ce carnet il faut noter tous les résultats du suivi trimestriel et du bilan annuel.*

*C'est surtout le moyen d'impliquer le patient dans sa prise en charge. »*

### **Le DMP, c'est un moyen de communication que vous utilisez dans le réseau ?**

*« Oui, on l'utilise entre nous mais c'est faiblement consulté et rempli par les professionnels car c'est une double saisie pour les médecins généralistes donc ça n'a pas l'effet escompté. Au moment de la synthèse du PPS on crée un DMP. Ensuite on donne le code d'accès aux*

*médecins identifiés pour qu'ils puissent consulter le DMP de leur patient, voire le compléter. Il n'y a pas que des données médicales, il y a aussi des données sur les séances et activités faites dans le réseau.*

*Nous, on essaye de le remplir et de l'actualiser. »*

### **Quelles sont les limites de cette coordination ?**

*« Le temps disponible de tous les professionnels de santé d'une façon générale et le temps de la coordination. Pour un patient quand il y a 5 ou 6 intervenants identifiés, la coordination prend autant de temps que l'éducation. »*

### **Des réunions pluridisciplinaires sur les patients sont elles organisées et à quel fréquence ?**

*« Il y a une réunion proposée aux intervenants à l'évaluation annuelle du PPS. En général cela se fait plutôt par téléphone pour les médecins généralistes et par réunions physiques avec les diabétologues exerçant à l'hôpital. Cela peut être aussi au cabinet du médecin. C'est possible d'organiser une réunion plus tôt, s'il y avait un problème avec le patient. Mais il n'y aurait pas de rémunération (prestations dérogatoires pour les intervenants) car il n'est prévu qu'une réunion dans le contrat fixant le budget. »*

### **Le réseau organise des formations pour les professionnels de santé, les pharmaciens y sont-ils conviés ?**

*« Tous les professionnels de santé adhérents peuvent y accéder et l'adhésion est gratuite. Ces formations sont pluridisciplinaires donc y compris les pharmaciens. Il est arrivé que l'on fasse une formation avec seulement des pharmaciens à la demande du syndicat je crois. C'était une formation adaptée, sur les messages à faire passer en éducation thérapeutique à l'officine. Les thèmes portaient sur le traitement, l'observance, l'auto surveillance et la diététique.*

*Je ne peux pas vous dire combien de pharmaciens y participent mais quand des formations sont susceptibles de les intéresser, ils y sont conviés. »*

### **Les modifications de traitements sont elles discutées conjointement entre les différents professionnels de santé ou seul le médecin ou l'endocrinologue décide ?**

*« Pour la thérapeutique c'est toujours le médecin. Quand on fait le PPS on peut suggérer une intensification de traitement ou informer d'une mauvaise observance ou d'une intolérance*

*mais c'est toujours son médecin ou son diabétologue qui décide. Les diabétologues du réseau n'émettent pas d'avis sur les traitements. »*

## ÉDUCATION THERAPEUTIQUE ET SUIVI DU TRAITEMENT

### **Qui pratique l'éducation thérapeutique et le suivi du traitement ?**

*« Pour le suivi du traitement, il y a toujours le médecin généraliste. Nous, quand on va faire le PPS, on va évaluer l'observance. Tous les professionnels de santé du réseau sauf la secrétaire participent à l'éducation thérapeutique. La diététicienne va assurer l'éducation nutritionnelle et l'incitation à l'activité physique.*

*L'infirmière va pratiquer l'éducation sur les injections d'insulines, les pieds, les traitements... Madame Djakouré et la psychologue s'occupent des groupes d'expressions picturales. On est toutes formées. »*

### **Avez vous suivi des formations particulières ?**

*« On a toutes une formation à l'éducation thérapeutique, soit un DU (diplôme universitaire), soit une formation de niveau 1 en 50 heures sur 7 jours. Cette formation va permettre d'acquérir une façon de parler au patient avec empathie et des questions ouvertes mais aussi la manière de construire un programme et de l'évaluer. Ces formations ne concernent pas les professionnels en routine, c'est surtout pour les personnes voulant prétendre à une rémunération pour ces actes dans des structures comme les réseaux. Vu que c'est obligatoire on a pas le choix. »*

### **Où se font les séances d'éducation thérapeutique ?**

*« Ce n'est jamais à l'hôpital, toujours en ambulatoire et souvent dans des lieux neutres. Le plus souvent dans des salles communales prêtées par les mairies. Comme on est une association, on a la possibilité d'accéder à des salles gratuitement. Il y a aussi une maison des associations. Les ateliers de diététiques se font dans des centres sociaux puisqu'ils ont les équipements permettant de faire de la cuisine avec des conditions d'hygiène. Le faire dans des lieux neutres avec des éducateurs en civil loin de l'ambiance anxieuse de l'hôpital, est une condition favorable pour la réussite et l'efficacité de l'éducation. Le patient est psychologiquement plus disponible. »*

**Si un patient ne respecte pas la charte, que se passe t-il ?**

« *Quand cela arrive c'est le patient qui a retiré de lui même son adhésion. Dans la charte il s'engage à suivre au minimum une séance dans l'année, donc c'est respecté. Il n'y a pas de radiations de patients. »*

**Les pharmaciens d'officine qui voient le patient tous les mois pour la dispensation du traitement sont-ils mis au courant de l'inclusion de leur patient dans le réseau ?**

« *Si le pharmacien a bien été identifié par le patient en tant qu'intervenant, ça peut être le réseau qui informe le pharmacien ou le patient lui même. Mais je ne pense pas que tous les pharmaciens connaissent leurs patients adhérents au réseau. On pose la question au patient s'il a une pharmacie en particulier, mais il y a aussi une forme de nomadisme qui ne permet pas d'identifier de pharmacie. Dans le cas d'un pharmacien identifié on peut lui envoyer la synthèse du PPS »*

**Pour quelles raisons avez vous choisi une infirmière et une diététicienne pour pratiquer l'éducation thérapeutique ?**

« *ça semble être le binôme indispensable pour l'éducation élémentaire. La base du traitement c'est quand même l'alimentation et l'activité physique. Et l'infirmière pour tout ce qui est observance du traitement, injections d'insuline, les pieds etc. Si c'était possible on aimerait avoir d'autres professionnels de santé avec nous, y compris un pharmacien ce serait très bien. À l'hôpital dans la semaine où l'on fait une éducation, c'est la pharmacienne qui dispense l'éducation sur les traitements.*

*Vu que le contrat est renouvelé à budget constant on a pas pu développer l'équipe avec d'autres professionnels »*

**Pensez-vous que le pharmacien par ses compétences pharmaceutiques et sa relation de proximité avec le patient, puisse présenter des atouts au sein de votre réseau ?**

« *À bah oui, ça c'est certain ! C'est un interlocuteur quand même privilégié et régulier en plus. C'est un passage obligé, on peut difficilement s'en passer. »*

**Dans le suivi du traitement, selon vous, qu'est-ce que le pharmacien pourrait apporter de complémentaire ou de différent par rapports aux autres spécialités ?**

« *Une meilleure évaluation de l'observance, parce que nous on le fait mais à part poser la question ... L'amélioration de l'observance. L'information sur les traitements ; les modalités*

*de prise, précautions d'emplois, indications des traitements, contre indications ... Je pense aussi à des choses ne concernant pas les médicaments mais qui peuvent très bien être faites par les pharmaciens comme les conseils sur l'alimentation et l'hygiène de vie d'une façon générale. C'est ça qui me vient à l'idée en premier. Pour moi c'est très complémentaire, c'est une délégation de tâches naturelle »*

**Pensez-vous que le pharmacien puisse être performant dans la prévention et l'éducation thérapeutique ?**

*« Absolument, autant qu'un autre professionnel de santé. Mais il faut savoir distinguer l'éducation de l'information. On peut donner de l'information sans forcément faire de l'éducation. Souvent il y a confusion entre les 2. Pour l'éducation il faut le conseil éducatif et aussi l'évaluation derrière. Dans la mesure où la distinction est bien comprise pour moi il n'y a pas d'objection. »*

**Selon vous pourquoi si peu de pharmaciens dans les réseaux ?**

*« C'est pas péjoratif ce que je vais dire car moi j'y pense assez régulièrement mais je pense que le pharmacien est un peu "l'oublié" alors que finalement il a un rôle extrêmement important. Et c'est vrai que moi la première ça peu m'arriver d'oublier de demander qui est le pharmacien. Je pense qu'on peut banaliser l'importance qu'il a dans la prise en charge et pourtant elle est très particulière et très importante. C'est un peu l'oublié et c'est bien dommage. Je pense que c'est ça et c'est pourtant un acteur extrêmement important surtout dans le diabète avec le traitement.*

*La représentation de certains se réduit à la délivrance de médicaments. Cette représentation un peu réductrice du pharmacien favorise un peu le fait qu'il soit oublié dans ces coopérations. »*

*« On se dit aussi que l'éducation nécessite un lieu en dehors du comptoir pour la confidentialité etc... On va penser qu'il n'a pas forcément la structure adaptée ou le temps. On a des représentations sur des difficultés qui n'existent pas forcément! »*

**Quelles sont les perspectives d'évolutions du réseau ? Dans quels domaines reste t-il des progrès à faire ?**

*« Dans la coordination car il y a une amélioration continue. Le renouvellement à budget constant limite les évolutions et projets nouveaux comme salarier d'autres professionnels de santé. Les perspectives sont de travailler sur le positionnement du réseau en tant qu'expert à*

*la demande de l'ARS. Devenir réseau expert veut dire être le réseau référent sur l'ensemble de la région même pour des réseaux avec d'autres thèmes comme gérontologie. Ce qu'ils veulent, à terme, ce sont des réseaux uniques polypathologiques. Ils aimeraient que l'on soit un peu l'expérimentation de tout ça en devenant ce qu'ils appellent un réseau expert.*

*Ensuite, c'est la poursuite des actions de coordination et d'éducation déjà existantes et respecter les objectifs du CPOM pour pouvoir être renouvelé car même si le budget baisse un peu chaque année, il est important que le réseau puisse continuer. »*

# **CONCLUSION**

La coopération, la coordination, l'éducation thérapeutique, sont des concepts indispensables dans la prise en charge du patient, en particulier en cas de pathologie chronique. A l'heure où l'on peut communiquer avec une personne à l'autre du bout du monde par un simple clic, il paraît parfois difficile de coopérer, ne serait-ce qu'entre professionnels de santé d'une même commune.

La communication est la base de toute coopération. Un partage plus large d'informations médicales permettrait l'amélioration du système de soins. L'amélioration des solutions informatiques existantes devrait permettre cette transmission croisée d'informations entre tous, tout en assurant la facilité d'utilisation, le respect de la législation en vigueur et la sécurité d'utilisation, mais encore faudra-t-il que les professionnels de santé aient la volonté de les exploiter pleinement.

A cette heure, pour les volontaires à un exercice plus moderne et moins cloisonné, se lèvent quand même diverses difficultés à la mise en place d'une coopération, notamment pour se dégager le temps nécessaire à la création de la structure, qui peut souvent être complexe. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire nécessite un financement conséquent qui représente un frein pour bon nombre de professionnels. La répartition de la rémunération prévue pour la coordination ne satisfait pas certains praticiens, trouvant qu'il s'agit d'une valorisation insuffisante de cet acte chronophage.

La création d'une coopération nécessite la présence d'un leader, capable de fédérer les autres professionnels de santé autour du projet. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) est actuellement la structure juridique la plus adaptée pour une coopération, à la fois pour une maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé pluridisciplinaire ou tout autre protocole entre professionnels de santé. Elle donne accès aux nouveaux modes de rémunération, non permis par les autres formes de société, et elle permet d'écarter la notion de compérage, lorsque la coopération suit les protocoles établis. Néanmoins, l'arrivée d'un pharmacien dans une SISA pose un problème fiscal de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), ce qui représente encore un obstacle supplémentaire à leur intégration.

Les pratiques professionnelles évoluent et les dernières missions confiées aux pharmaciens vont dans le sens d'une valorisation de leur rôle de professionnel de santé, notamment via les entretiens pharmaceutiques. Cependant, les coopérations intégrant

pleinement des pharmaciens sont rares. A l'avenir, l'éducation thérapeutique intégrée dans la formation de base des professionnels de santé devrait faciliter la motivation pour un travail en commun.

La coopération du pharmacien avec le médecin est culturellement difficile à cause, entre autres, d'idées reçues et de vieux clichés qui n'ont plus leur place dans un mode d'exercice moderne. Le rôle du pharmacien, pourtant primordial dans le suivi des médicaments et dispositifs médicaux liés au diabète, reste parfois largement sous-estimé.

La maison de santé pluridisciplinaire de Pont-d'Ain est l'exception qui confirme la règle, elle donne de l'espoir en montrant qu'il est possible de créer une coopération interprofessionnelle avec une SISA intégrant des pharmaciens. La solution apportée par Pierre de Haas avec le protocole d'Équipe de Soins de Premiers REcours en suivi de Cas complexes (ESPREC) paraît être une solution d'avenir applicable dans un grand nombre de localités. Une équipe de soins de premiers recours médecin - pharmacien - infirmière assurant une coordination renforcée autour des cas complexes est une piste à explorer ...

## Bibliographie

- (1) [http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette\\_diabete/plaquette\\_diabete.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette_diabete/plaquette_diabete.pdf)
- (2) <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Generalites-et-chiffres-cles/Le-diabete-Generalites>
- (3) <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>
- (4) <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Caracteristiques-risque-vasculaire-et-complications-des-personnes-diabetiques>
- (5) <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Mortalite-liee-au-diabete>
- (6) [http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre\\_Sante/Maladies\\_chroniques/201011\\_BOS-DiabetePCh.pdf](http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/Maladies_chroniques/201011_BOS-DiabetePCh.pdf)
- (7) CAULIN C. / Vidal Recos® 2012, 4eme édition (Issy les Moulineaux) p 524 à 581
- (8) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics\\_\\_diabete\\_type\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf)
- (9) HARTEMANN A. ; GRIMALDI A. / Guide pratique du diabète 5ème édition (Issy les Moulineaux) 285 pages
- (10) <http://www.afd.asso.fr/diabete/complications/dents>
- (11) <http://www.santepublique.fr/unaformec-7-professionnels-sui-vi-diabete-3.php#ledentiste>
- (12) [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_387\\_fr.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_387_fr.pdf)
- (13) <http://www.guidesurlediabete.com/le-role-de-la-pharmacienne-ou-du-pharmacien-dans-le-traitement-du-diabete/>
- (14) <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/bandelettes-d-8217-autosurveillance-glycemique.php>
- (15) <http://www.lettresante.fr/connaitre-et-reconnaitre-les-biologistes-medicaux>
- (16) <http://www.santepublique.fr/unaformec-7-professionnels-sui-vi-diabete-1.php>
- (17) <http://www.infirmiers.com/pdf/synthese-diabete.pdf>
- (18) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708&dateTexte=&categorieLien=id>

- (19) [http://www.pied-diabetique.org/mal\\_perforant.php?page=perforant](http://www.pied-diabetique.org/mal_perforant.php?page=perforant)
- (20) <http://www.guidal-podologie.fr/soins-pieds-diabetiques.php>
- (21) <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pedicures-podologues/exercer-au-quotidien/diabete-prevenir-les-complications-du-pied.php>
- (22) <http://www.afd.asso.fr/diabetique/medecin/dieteticien>
- (23) <http://www.afd.asso.fr/association>
- (24) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- (25) <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1605&id:=635>
- (26) [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_methodo\\_tome2\\_21072010\\_2010-09-03\\_13-59-2\\_321.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf)
- (27) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1027348/fr/cooperations-entre-professionnels-de-sante-une-nouvelle-dynamique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1027348/fr/cooperations-entre-professionnels-de-sante-une-nouvelle-dynamique)
- (28) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017744182&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (29) <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1606>
- (30) <http://www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2013/07/Guide-MSP-URPS-ML-LR-04-07-20131.pdf>
- (31) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_957095/fr/co230-impact-dun-programme-education-therapeutique-des-diabetiques-en-maison-de-sante-pluridisciplinaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_957095/fr/co230-impact-dun-programme-education-therapeutique-des-diabetiques-en-maison-de-sante-pluridisciplinaire)
- (32) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_914931/jean-michel-mazue-maisons-medicales-de-sante-et-indicateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_914931/jean-michel-mazue-maisons-medicales-de-sante-et-indicateurs)
- (33) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025561913&dateTexte=&categorieLien=id>
- (34) rencontre « avenir officine » organisé par TEVA laboratoire le 21 novembre 2013 à 20h00 à l'hotel plaza du futuroscope. Le thème : « Coopération entre professionnels de santé, soins ambulatoires : les SISA sont-elles une opportunité à saisir ? » présentation effectuée par Stephane BILLON économiste de la santé et directeur associé chez KAMEDIS conseil.
- (35) [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0D1AFFE30B25AEC05A4F234A71377FD2.tpdjo05v\\_3?idArticle=LEGIARTI000024460264&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120529](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0D1AFFE30B25AEC05A4F234A71377FD2.tpdjo05v_3?idArticle=LEGIARTI000024460264&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120529)

- (36) <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>
- (37) <http://www.fni.fr/exercer-en-liberal/votre-nomenclature/>
- (38) <http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ121203866.html>
- (39)  
[http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Exercice\\_regroupe/Questions\\_reponses\\_SISA\\_07\\_04\\_12.pdf](http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Exercice_regroupe/Questions_reponses_SISA_07_04_12.pdf)
- (40)  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1D7271BD3A82352DF0EEE674306938FC.tpdjo12v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887803&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1D7271BD3A82352DF0EEE674306938FC.tpdjo12v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887803&dateTexte=&categorieLien=cid)
- (41)  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (42)  
[http://www.ordre-medecins.org/site/fiches\\_techniques/FicheR\\_4.pdf](http://www.ordre-medecins.org/site/fiches_techniques/FicheR_4.pdf)
- (43) [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)
- (44) [http://urpsmla.org/IMG/pdf\\_HPST\\_Reso\\_2010\\_atelier\\_3.pdf](http://urpsmla.org/IMG/pdf_HPST_Reso_2010_atelier_3.pdf)
- (45)  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A081E7078D0968023C5A55E2B8FF1ABB.tpdjo02v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890192&dateTexte=20140129&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A081E7078D0968023C5A55E2B8FF1ABB.tpdjo02v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890192&dateTexte=20140129&categorieLien=cid)
- (46) <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
- (47) Enquête Vision Critical "Image et attachement des français à la profession de pharmacien", novembre 2009 : [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cespharm.fr%2Ffr%2Fcontent%2Fdownload%2F23034%2F502005%2Fversion%2F1%2Ffile%2FImage-et-attachement-des-francais-a-la-profession-de-pharmacien-Vision-critical-2009.pdf&ei=K93zUumsPOnJ0QWMVg&usg=AFQjCNE4SDsLX\\_uP5UF3TT2sCLAVg8H5pA&bvm=bv.60799247,d.d2k](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cespharm.fr%2Ffr%2Fcontent%2Fdownload%2F23034%2F502005%2Fversion%2F1%2Ffile%2FImage-et-attachement-des-francais-a-la-profession-de-pharmacien-Vision-critical-2009.pdf&ei=K93zUumsPOnJ0QWMVg&usg=AFQjCNE4SDsLX_uP5UF3TT2sCLAVg8H5pA&bvm=bv.60799247,d.d2k)
- (48) <http://www.pharmaciens-cotedor.com/assets/files/Rapport%20Rioli%20juillet2009.pdf>
- (49) THIBAUD C. « interdisciplinarité médecin-pharmacien : quelle est la perception des

médecins ? Étude qualitative » thèse pharmacie, Nantes ; soutenue le 4 juin 2012

(50) <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/la-consultation-infirmiere.html>

(51) *Le pharmacien de France* n°1237 de février 2012 : <http://www.lepharmacien.fr/fevrier-2012/interview-pierre-de-haas-les-maisons-de-sante-sont-ineluctables.html>

(52) [http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Soins\\_et\\_accompagnement/ETP/9.1presentation\\_ETP\\_ASALÉE\\_du\\_15\\_12\\_2011.pdf](http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Soins_et_accompagnement/ETP/9.1presentation_ETP_ASALÉE_du_15_12_2011.pdf)

(53) [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BBF66B7948AF60A0E2030161FF85B155.tpdjo02v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000022667166&dateTexte=20140205](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BBF66B7948AF60A0E2030161FF85B155.tpdjo02v_1?cidTexte=LEGITEXT000022667166&dateTexte=20140205)

(54) <http://www.ars.sante.fr/Le-module-2-bis-ESPREC.154413.0.html>

(55) [http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Exercice\\_regroupe/dispositif\\_ESPREC.pdf](http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Exercice_regroupe/dispositif_ESPREC.pdf)

(56) [http://www.unrsante.fr/web\\_documents/esprec-mode\\_operatoire.pdf](http://www.unrsante.fr/web_documents/esprec-mode_operatoire.pdf)

(57) *Le Moniteur des Pharmacies* n°2998 du 14/09/2013 reportage : « maison de santé, pharmacie de santé »

(58) <http://www.pontdain.fr/sante-social/sante/la-maison-medicale>

(59) <https://www.infogreffe.fr/societes/entreprise-societe/790082812-pont-d-ain-sante-010112D007200000.html?afficherretour=true>

# Résumé

Le diabète est un problème de santé publique majeur et les différentes études épidémiologiques montrent une augmentation de la prévalence de la maladie. Les multiples complications du diabète atteignant différents organes et fonctions de l'organisme (yeux, reins, cœur, artères, nerfs, ...) entraînent chaque année un nombre important d'hospitalisations et de soins, pouvant être évités par un meilleur contrôle de la pathologie. Les dernières recommandations dans le traitement des diabétiques seront exposées ainsi que les différents praticiens intervenants dans le suivi du diabète : une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée associée à une éducation thérapeutique du patient diminue les complications et permet une baisse du coût global de la maladie.

Nous présentons ensuite les différentes formes de coopération pouvant exister et la manière de les mettre en place, ainsi que les contraintes techniques qu'elles imposent. Le pharmacien est autorisé à intégrer toutes ces formes de coopérations et protocoles. Son rôle très important dans la prise en charge du patient paraît lui donner une certaine légitimité à l'intégration de coopération. Pourtant à l'heure où les coopérations se développent les pharmaciens sont très peu intégrés.

Enfin, nous exposons quelques cas de coopération interprofessionnelle qui, à terme, pourraient servir de modèles.

## Mots-clés

Diabète, Coopération interprofessionnelle, Coordination, Pharmacien, SISA, Réseau de santé, Maison de santé pluridisciplinaire

# SERMENT DE GALIEN

En présence de mes maîtres et de mes condisciples, **je jure** :

**D'**honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

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

**De** ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

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

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes engagements.