**Eléments de l’appel à projets**

L’ARS Île-de-France soutient le développement de la recherche en soins primaires pour faire progresser les connaissances, les pratiques et les organisations.L’objectif de cet AAP est d’encourager les professionnels et les équipes de soins primaires à construire des projets pour permettre l’émergence de l’innovation fondée sur les preuves au profit des soins de proximité.

L’AAP s’adresse à tous les investigateurs régionaux exerçant en cabinet médical, maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé (CDS), établissement de santé, quel qu’en soit le mode d’exercice (salarié ou libéral), unité de recherche, CPTS, institut de recherche, société savante, etc.

Cet AAP favorisera notamment l’approche pluridisciplinaire et l’implication de plusieurs unités de recherche.

L’objectif est de soutenir des recherches en soins primaires, en encourageant les professionnels (à entendre largement : MG ; IDE ; Kinés ; Sages-femmes ; Pharmaciens ; etc…) et les équipes de soins primaires à construire des projets de recherche, pour permettre l’émergence de l’innovation fondée sur les preuves au profit des soins de proximité. Les projets soutenus devront :

* Englober des projets de recherche qualitative, quantitative, observationnelle,
* interventionnelle ou recherche-action
* Intégrer des acteurs des soins primaires (possédant les compétences spécifiques

autour de soins primaires) à différents niveaux : conseils scientifiques, jury d’évaluation, groupe d’experts évaluateurs

* Appliquer des critères de jugement adaptés à la recherche en soins primaires

Thématique:

1. Prise en charge des maladies chroniques (obésité, hypertension artérielle, ALD, etc.) dans des structures de 1er recours : pertinence des prises en charge pluridisciplinaire (médecine, activité physique adaptée, diététique, accompagnement psycho-social), éducation thérapeutique, etc.

Critères

* Le projet doit entrer dans le champ et les thématiques prioritaires (mais non exclusivement) de l’appel à projets ;
* La qualité du projet scientifique et son impact ;
* La structuration régionale (articulation entre les acteurs, coopération régionale) ;
* La faisabilité du projet (plannings et jalons, justification du budget demandé) ;
* Le potentiel de valorisation.

**Synthèse de la réponse à l’appel à projets**

Soins de santé primaires

Médecine générale

Système de soins

Efficience

Besoins des patients

Les soins de santé primaires sont peu structurés en France alors qu’ils sont bien identifiés au niveau international : ils constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé. La médecine générale est la spécialité clinique dédiée aux soins de santé primaires.

Recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l’efficience des soins. En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins : il faut passer de l’intention à l’action. Pour concrétiser le renforcement des soins de santé primaires, des évolutions structurelles sont indispensables : réorienter les études médicales vers les soins primaires ; développer la recherche en soins primaires ; favoriser le travail coopératif des professionnels de santé ; faciliter l’exercice quotidien des acteurs de terrain ; diversifier les modes de rémunération ; proposer aux patients un mode d’emploi des soins de santé primaires.

Ce sujet est au carrefour des intérêts de nombreux acteurs : les patients, pour lesquels la prévalence des maladies chroniques augmente, les médecins, qui veulent améliorer leurs conditions de travail, et les institutions, garantes de l’intérêt général qui cherchent à améliorer l’accès aux soins en maîtrisant les dépenses. Au moins jusqu’en 2020, la décroissance de la démographie médicale compromet l’offre de soins en France, particulièrement pour l’exercice ambulatoire

amélioration de la qualité et de l’efficience des soins prodigués. L’efficience est « le résultat d’une activité médicale (thérapeutique ou préventive), d’une intervention épidémiologique ou d’un programme sanitaire, évalué par rapport aux moyens utilisés (argent, ressources, temps) pour leur obtention »

La réflexion à court et moyen terme est d’apporter une réponse opérationnelle et pragmatique.

# 🡺l’infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d’une organisation innovante en soins primaires

médecins généralistes : leur rôle de premier recours et de coordination.

Les mots clés MesH utilisés étaient les suivants : « Physician’s role, Family practice, Primary care, Health care costs, Patient satisfaction, Delivery of health care, Continuity of patient care, Population surveillance, Quality of life, Cost-benefit analysis, Organizational innovation »

Définition des soins primaires Les soins de santé primaires « sont le moyen qui permettra d’atteindre l’objectif d’un niveau de santé qui permette [aux peuples du monde] de mener une vie socialement et économiquement productive »12. Les soins de santé primaires ont pour caractéristique d’être « scientifiquement valables et socialement acceptables et de coût supportable par la société. Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail

nouveaux besoins des populations (maladies chroniques, nouvelles formes de prévention, etc.)

inégalités sociales de santé, les difficultés d’accès aux soins pour les populations défavorisées

Elle inclut l’ensemble des propriétés des soins primaires au niveau d’un praticien ou d’une équipe coordonnée par un médecin généraliste.

tenant compte de l’environnement psychosocial, culturel et existentiel du patient

• Accessibilité physique, géographique, temporelle et financière. • Aide au patient dans sa trajectoire de soins. Premier contact • Accueil sans aucune discrimination de tous les âges de la vie, de toutes les conditions de vie et de toutes les populations. • Garantie d’une absence d’interruption de la prise en charge des patients Continuité des soins ou des communautés dans le temps. L’instauration d’une relation de confiance durable entre soignants et patients est un des critères majeurs de la qualité des soins. • Situation au début de la chaîne médicale de prise en charge, Coordination coordination des différents maillons, intersection de la prise en charge individuelle et des programmes collectifs de santé publique. • Prise en charge de l’individu dans sa globalité, sur le plan biologique, psychologique et social. Globalité de la prise • Pas de focalisation sur un aspect du soin à l’inverse des soins en charge secondaires et tertiaires. • Prise en compte de la dimension communautaire. Proposition d’un large éventail de services de premier recours capables de répondre à la plupart des besoins sanitaires d’une population. Tableau. Socle commun de la définition des soins primaires d’après Starfield12.

il est probable que le développement des soins et services médicosociaux à domicile sera un enjeu dans les prochaines années, car le vieillissement de la population nécessitera un redéploiement de la ressource infirmière vers le secteur ambulatoire (77 % d’entre eux exercent en institution23)

La prescription de soins paramédicaux par le médecin généraliste contribue à une unité de fonctionnement des soins primaires « autour du médecin généraliste ». Cette unité est en pratique très difficile à concrétiser en raison de l’absence de reconnaissance par le financeur de la fonction de gestion et de coordination des médecins généralistes.

Le premier domaine, celui de la promotion de la santé, consiste à informer les patients sur un certain nombre d’enjeux de santé (hygiène de vie, régime, exercice physique, gestion du poids, etc.), mais également à les sensibiliser sur la conduite de dépistages systématiques comme, au Royaume-Uni, le dépistage cytologique du cancer. Les résultats sont présentés en termes de qualité, de santé du patient et de coûts générés.

Les recherches de bonne qualité sur la prévention sont rares. Les interventions sur les modes de vie n’ont souvent que des effets mineurs. La recherche dans ce domaine manque de bonnes études longitudinales avec des critères de jugement pertinents mesurant un impact à long terme. L’indicateur de Starfield : « capacité du soignant à identifier les besoins des patients quand ils apparaissent et à proposer une palette de services pour y répondre » est rarement utilisé. L’approche globale apparaît comme un concept générique englobant toutes les autres compétences fondamentales des soins primaires. Une recherche qualitative pourrait favoriser la compréhension du concept, du point de vue du médecin et de celui du patient. Les méthodes mixtes, de même que les études longitudinales et d’intervention peuvent mesurer l’efficacité et la pérennité de l’approche globale. Des outils de recherche spécifiques sont nécessaires et des critères de jugement appropriés doivent être définis.

**Solutions :**

Un autre axe de développement est la promotion de missions pluridisciplinaires au sein d’équipes de soins primaires. Deux options sont retenues : la substitution (un type de professionnel en remplace un autre pour la même tâche) et la supplémentation (un type de professionnel ajoute une valence supplémentaire à un soin déjà prodigué par un autre professionnel).

Deux initiatives récentes en France vont dans ce sens. La première est inscrite dans la loi HPST. Elle offre la possibilité de créer des protocoles de soins autorisant une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé. La seconde est l’expérimentation de nouveaux modes de rémunération : financement de structures pluridisciplinaires de premier recours volontaires comme les centres, maisons et pôles de santé37. L’évaluation de cette expérimentation fournira des renseignements précieux sur le bien-fondé de cette attitude.

mise en place de grandes équipes de soins primaires pluridisciplinaires. En l’espace de quelques années, le Royaume-Uni a connu une croissance importante de cabinets médicaux regroupant au moins six médecins généralistes qui exercent avec des infirmières salariées et d’autres professionnels, notamment administratifs. Ces grands groupes visent à offrir une large palette de soins de premiers recours à la population

optimiser l’organisation du travail et les aspects logistiques des cabinets pour améliorer les revenus

# **La collaboration médecins-infirmières dans les soins primaires**

Cette évolution inscrite, dans un premier temps, dans une logique de complémentarité et de diversification des soins s’est accompagnée depuis peu d’une logique de délégation, notamment en matière de prescription, mais aussi pour des actions de prévention et pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

La promotion de la santé est, en effet, l’une des principales compétences investies par les infirmières dans le cadre de l’extension de soins de nursing et de l’affirmation de nouveaux rôles infirmiers : bilan de santé, éducation, dépistage, en accord avec des protocoles en vigueur. Les activités des infirmières ont été également étendues au suivi des pathologies chroniques telles que l’asthme, le diabète et les problèmes cardio-vasculaires. Il ne s’agit pas là d’une simple délégation de tâches, mais d’une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies par les infirmières. Cette prise en charge met l’accent sur un suivi proactif de la part des cabinets de soins qui consiste à aller vers le patient et non pas à attendre qu’il vienne au cabinet. Cette forme de coopération entre médecins généralistes et infirmières s’inscrit donc dans une logique de diversification et d’innovation qui relève d avantage de formes de complémentarité que de substitution des tâches.

**Constat :**

En effet, la population vieillit, la prévalence des pathologies chroniques augmente, ce qui nécessiterait de privilégier la continuité et la coordination des soins.

Dans un contexte de recrudescence de patients sans médecins traitants, d’augmentation des maladies chroniques, et de médecins aspirant à une autre façon de travailler ensemble, le Pôle Santé Pluridisciplinaire a pour projet de créer un réseau de professionnels pouvant travailler ensemble de façon coordonnée en intégrant les aspects médicaux psycho-sociaux de la population.

**Description**

***Mission :***

* *Répondre au besoin des médecins motivés par le besoin de diversité de leurs activités et de flexibilité de travail, le travail en équipe et l’intérêt qu’ils portent à la pluri-professionnalité,*
* *Permettre l’accès aux soins immédiats grâce à cette meilleure disponibilité des médecins rendu possible par le co-working,*
* *Faciliter la coordination de soins par les membres de l’équipe lors de situations complexes et/ou fréquentes,*
* *Formaliser et harmoniser un protocole pluri-professionnel*

***Objectifs :***

* *Mise à disposition pour les professionnels de santé, d’1 application pour gérer de façon flexible**l’occupation des d’espaces de travail, (co-working)*
* *Elaboration d’1 application contributive venant en appui pour faciliter les programmes d'accompagnements personnalisés pour les pathologies chroniques. Cette facilitation permet d’améliorer l’engagement réciproque des professionnels et des bénéficiaires dans l’élaboration et le suivi de ces programmes de soins.*

*But : ultime 🡺 reconnaissance de l’expérience auprès des Mutuelles pour une   
meilleure prise en charge et plus d’équité dans l’accès aux soins.*

*Cette application innovante car elle permet d’intégrer une méthodologie commune permettant la co-construction de modalités d'accompagnement innovantes, adaptatives et donc pérennes,*

* *Elaboration d’un cadre commun de critères d’évaluation des résultats et des impacts des soins coordonnés,*
* *Partage et diffusion des savoirs et des savoir-faire issus du projet par la formation et par la téléconsultation d’expert grâce à des outils habilités par la HAS.*

Réponse : L’organisation des cabinets de groupe doit donc être améliorée pour favoriser la continuité des soins. Par ailleurs, il convient de mettre en place des mécanismes visant à améliorer la coordination des soins au sein des grandes équipes, tant entre les médecins et les infirmières qu’entre médecins (notamment généralistes et spécialistes). Cela requiert du temps, de l’attention et la mise en place de systèmes d’information efficaces.

On attend du dispositif Asalée qu’il induise le développement de nouvelles tâches par l’infirmière, des modifications dans l’organisation du médecin et de son cabinet, et enfin des changements pour le patient dans son suivi. Les tâches nouvelles confiées à l’infirmière Asalée, appelée infirmière déléguée à la santé publique (IDSP), viennent pour certaines en complément et pour d’autres en substitution de celles réalisées par le médecin généraliste. La figure de l’IDSP Asalée construite par le dispositif mérite d’être questionnée.

### Méthode

Des observations de la formation de nouvelles infirmières à la fonction d’IDSP Asalée ont été menées, ainsi que trois entretiens avec des acteurs clés du dispositif, complétés par une analyse des documents officiels de présentation d’Asalée.

### Résultats

Mobiliser le regard sociologique sur les professions d’Everett Hugues permet d’analyser le « faisceau de tâches » que se voit attribuer l’IDSP Asalée. Celui-ci comporte le repérage de patients au sein de la patientèle du médecin en fonction de critères préétablis, des actions d’éducation et de soins auprès des patients, des tâches en lien avec la nécessité de traçabilité de son activité, des temps d’interaction avec le médecin généraliste, et éventuellement des temps d’échange avec l’extérieur, les contours de ces différentes tâches étant plus ou moins flous et donc négociables. Cette approche permet également d’étudier de quelle manière ces tâches prennent place dans la réalité du contexte institutionnel et organisationnel de l’association Asalée qui emploie l’IDSP, et dans les contextes d’interactions avec le médecin d’une part et le patient d’autre part.

### Conclusion

De nombreuses zones d’incertitude existent dans les tâches à développer. Avec le médecin, ces zones feront l’objet lors de l’activité de négociations aboutissant à une redéfinition des rôles de chacun. Avec le patient, une plus grande latitude est donnée à l’IDSP pour construire son approche, appuyée sur une appropriation particulière de la démarche d’éducation thérapeutique.

Objet de la recherche :

L’intégration d’une application logicielle au sein du système sanitaire existant est envisagée dans ce travail de recherche comme l’incorporation d’un système technologique innovant au sein d’un système complexe organisationnel de santé.

Notre problématique consiste alors à fournir une aide efficace à la réussite de cette intégration. Cette question sous-tend trois grandes interrogations :

Comment construire de nouveaux processus permettant l’intégration d’une nouvelle technologie dans une organisation existante ?

Comment concevoir les modèles de partage de la valeur économique pour réussir cette intégration ?

Comment définir les stratégies à mobiliser pour déployer cette intégration ?

Pour concevoir des processus en fonction de la création de valeurs souhaitées par chacune des parties prenantes du système de coordination de soins pluridisciplinaire, nous proposons la méthode OCSM (Organizational Complex System Modeling)

# Solution existante : Entr’Actes, votre plateforme de coordination des soins primaires

C’est un professionnel de santé qui sollicite la compétence d’un autre professionnel de santé, via une plateforme numérique, pour une prise en charge coordonnée du patient. Une demande qualifiée pour un temps soignant optimisé !

Faire financer l’installation de Weda

Développer avec <http://domicalis.com/>

Les outils informatiques constituent la base technologique sur laquelle se construisent les systèmes d‘information des équipes de soins primaires. Le système d’information est un outil nécessaire à la mise en pratique de la pluriprofessionnalité.

*« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins…, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l’ensemble de l’équipe »*

**La loi de janvier 2016 -art. L1110-4**

Le système d’information est un critère socle de l’Accord Conventionnel Interprofessionnel, il doit répondre aux besoins de la pratique individuelle ainsi que faciliter la coordination des soins autour de la prise en charge du patient par l’ensemble des professionnels de la MSP¨.

## Un système partagé labellisé

Les pouvoirs publics ont souhaité donner aux professionnels des repères pour les aider dans leur choix de logiciel. Ainsi, depuis 2012, **un label est attribué aux logiciels répondant aux exigences fixées par l’ASIP : « e-santé Logiciel Maisons et Centres de Santé »**. Ce label s’adresse aux Maisons de santé, CPTS et Centres de Santé et permet ainsi de répondre au critère relatif au système d’information partagé dans l’accord conventionnel interprofessionnel.