

	<p style="text-align: center;">CPTS DU PAYS D'AURAY</p> <p style="text-align: center;">GROUPE QUALITÉ INTERPROFESSIONNEL</p>
Thématique :	Exercice coordonné : opportunité ou nouveau machin ?
Rédacteurs :	Tristan Maréchal
Objet du document	Documents préparatoire au GQI du 17 juin 2025
Sources	Divers site Internet, ministère de la Santé, HAS, Asso patients... Synthèse assistée avec ChatGPT Accès direct à la synthèse
Méthode	Recherche documentaire – ces documents sont mis à votre disposition afin d'améliorer vos connaissances et alimenter les réflexions et le débat lors du GQI.

À propos...

Afin de préparer nos réflexions, nous vous proposons quelques textes de références et des documents de synthèse par thème réalisées sur la base de nos travaux.

Vous trouvez également joint à ce dossier une fiche de cas clinique qui servira de matériaux pour alimenter nos débats.

Plan de séance et méthode de travail

1. Accueil et ouverture de la réunion
 - Mot de bienvenue
 - Tour de table
 - Nommer un rapporteur
 - Rappel de ce que sont les notions de Qualité et d'Efficiencia en matière de santé
 - Présentation ou Rappel de la charte ou convention de travail
2. Retour sur le précédent GQI
 - Le compte rendu et la synthèse conviennent-il ?
 - Des questions en suspens ont-elles trouvé réponse ?
3. Présentation du thème du jour
4. Lecture des cas clinique
 - Premier cas : lecture sans interruption
 - Lors de la discussion (gestion par l'animateur)
 1. Éviter les jugements qu'ils soient négatifs ou positifs
 2. Relancer avec des questions ouvertes

- Prise de notes par rapporteur
- On relève les points d'accords
- On note les points de désaccords
- On note toutes les questions
- Que faire pour améliorer ?
- ... et on passe au cas suivant.

Remarque : suivant les séances, on pourra assumer la lecture de tout ou partie des « cas cliniques », mais tous seront ajouté au compte rendu et à la synthèse

5. Clôture de la séance
 - Synthèse des échanges
 - Réflexion sur les manières d'améliorer les choses
 - Dernières questions...
 - On récupère tous les documents et cas clinique
 - Validation de la date et du thème du prochain GQI
 - On clôture...

... et on ouvre sur une discussion libre accompagnée du rangement de la salle...

L'exercice coordonné en soins ambulatoires, de quoi s'agit-il ?

Définition

L'exercice coordonné désigne une organisation du travail entre plusieurs professionnels de santé, issus de professions différentes, qui coopèrent pour améliorer la prise en charge globale du patient. Il repose sur une collaboration formalisée, souvent territoriale, et s'appuie sur des outils de communication et de protocolisation partagés.

Il se concrétise notamment au sein :

- des **équipes de soins primaires (ESP)** qui réalisent les actes auprès des patients,
- des **maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)** qui ont vocation à coordonner les professionnels autour de la cohorte de patients de la MSP,
- des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** qui ont une vision plus zoom arrière et une action de coordination territoriale. Celle-ci se traduit notamment par la mise en relation des acteurs d'un territoire, qu'ils soient salariés en établissement ou libéraux en cabinet de ville.

Avantages pour les professionnels de santé

- **Meilleure répartition des rôles** : chacun exerce pleinement dans son champ de compétences, sans isolement. Les rencontres qu'impliquent ce « travailler ensemble » permettent d'améliorer l'interconnaissance entre les acteurs qui cessent d'exercer dans leur seule « couloir de nage ».
- **Partage d'information** : via des outils numériques sécurisés ou des temps d'échange réguliers. Ces dispositions impliquent la réflexion et le choix des outils de coordinations. Ils doivent être partagés, au minimum à l'échelle de la MSP, mais on doit tendre vers la possibilité d'un échange facilité grâce à l'inter opérabilité de solutions retenues voire le partage des solutions retenues.
- **Soutien dans la prise en charge de patients complexes** : réduction du stress et des erreurs liées à l'isolement. Sans diluer la responsabilité de chacun, le fait de pouvoir avoir recours chaque fois que nécessaire à l'expertise du bon professionnel au bon moment permet de gérer les choses avec plus de sérénité et de confort.
- **Valorisation professionnelle** : reconnaissance de l'engagement collectif et accès à certains financements conventionnels. Ces financements viennent compléter la rémunération de base liée à l'acte en reconnaissant l'engagement dans de nouvelles pratiques et la réalisation d'action plus orientées santé publique et prévention.

Cette coordination vient aussi interroger la place de chacun dans le système de santé et porter l'évolution des métiers au fil de l'évolution des missions et la reconnaissance de compétences acquises lors des formations initiales mais pas toujours sollicités dans l'organisation « classique » de notre système de santé.

Exemple de l'évolution récente du métier d'infirmière, de l'accès direct en kinésithérapie ou bien encore des nouvelles missions confiées aux pharmaciens d'officine.

Cette tendance présente trois avantages :

- Reconnaissance des compétences acquises lors de la formation initiale,
- Amélioration de l'efficacité globale du système de santé / composante Formation-Exercice par le plein usage dans le meilleur de ce qu'elles proposent des compétences enseignées et acquises,
- Amélioration de l'efficacité du système de santé / composante Exercice Professionnel par la libération temps médical, certaines « tâches » étant confiées à des professionnels qui en ont les compétences mais n'en avaient pas jusqu'à maintenant la reconnaissance et donc l'exercice.

Avantages pour le patient

- **Parcours de soins fluidifié** : moins de ruptures dans le suivi, continuité assurée.
- **Meilleure qualité de prise en charge** : avis croisés, protocoles partagés, prise en charge globale (somatique, psychologique, sociale).
- **Accès facilité à certains soins ou services** : organisation des rendez-vous, accompagnement social, éducation thérapeutique. Le lien renforcé entre les professionnels et/ou entre les offres de soins permet un « adressage » plus pertinent et plus dynamique avec, dans la création d'un espace de confiance des dispositifs d'adressage « accélérés » ou « prioritaires ».
- **Relation renforcée avec les soignants** : sentiment d'être mieux entouré.

Avantages pour le système de santé

- **Réduction des hospitalisations évitables** : meilleure anticipation, suivi coordonné.
- **Efficience accrue** : moins de doublons d'examens, moins de passages aux urgences.
- **Adaptation aux besoins de santé locaux** : logique territoriale, réponses ciblées.
- **Meilleure attractivité des territoires** : renforce l'installation de professionnels.

Remarque

L'exercice coordonné n'est pas une fin en soi, mais un levier majeur pour répondre aux enjeux actuels : accès aux soins, qualité, efficience, et qualité de vie au travail pour les soignants.

Avec qui ? Pour quoi faire ? Avec quels outils ?

Avec qui ?

Professionnels de santé de ville :

- médecins généralistes,
- infirmiers, pharmaciens,
- sage-femmes,
- kinésithérapeutes, etc.

Équipes hospitalières, notamment :

- les services de médecine de proximité,
- gériatrie,
- soins palliatifs, etc.

... et pour ce qui concerne la CPTS du Pays d'Auray, il s'agit de mettre en place des liens avec un maximum de services du CHBA, filière par filière, au fil des projets.

Acteurs du médico-social et du social :

- assistantes sociales,
- structures d'aide à domicile,
- EHPAD
- CCAS.

Là encore, notre CPTS a créé des liens avec tous les acteurs évoqués. Au fil du temps, le réseau s'étend et se densifie. Il s'agit de liens d'interconnaissance, de travail qui débouchent aussi sur des liens fonctionnels qui viennent impacter et modifier la dynamique territoriale.

Quelques exemples :

- Les acteurs du service à domicile sont intégrés à nos groupes de travail concernant le parcours Fragilité. Avec eux, nous avons défini des éléments permettant d'améliorer le repérage précoce de fragilité (grille de repérage, utilisation d'outils numérique comme ICOPE) qui précède toujours la perte d'autonomie et la remise en question de la vie à domicile dans de bonne condition d'hygiène et de sécurité sanitaire et sociale.
- Nous avons des liens privilégiés avec l'EHPAD de La Sagesse basée sur une convention. Nous y faisons notamment des groupes d'équilibres et de bilan d'une part, à destination des résidents de l'établissement, d'autre part à destination des patients orientés par des professionnels de santé de notre territoire.
- La mairie de Auray est au conseil d'administration de la CPTS (collège des élus) et nous sommes intégrés à nombre des groupes de travail du contrat local de santé porté par AQTA. Nous y représentons l'offre de soins libérale et développons avec eux des solutions répondant aux attentes du territoire (dossiers Fragilité, Santé mentale, sport santé, etc...).

Coordination territoriale :

- CPTS. Dès sa création et au fil de l'émergence des autres projets morbihannais, la CPTS du Pays d'Auray a proposé la création de lien entre les différentes équipes porteuses. L'ensemble de nos réflexions et dispositifs ont ainsi été publiés et partagés et sont à la libre disposition des autres équipes. Dans la même idée, nous sommes toujours preneurs des idées et des solutions des autres si elles nous permettent de répondre plus vite, ou plus efficacement à nos problématiques.
- MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires). La CPTS du Pays d'Auray propose à toutes les MSP de son territoire de les accompagner dans leurs projets en mettant à disposition des financements complémentaires ou des fonctions supports.
- DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination).

Quelques exemples :

- Dans le cadre de la Mission 4 Situations sanitaires exceptionnelles et Crises sanitaires, le Plan blanc de l'offre de soins ambulatoire du Pays d'Auray est librement téléchargeable sur le site de la CPTS. Dans le cadre de ce plan, la CPTS rencontre les mairies du territoire et discute la mise en place de convention précisant les conditions de mise à disposition :
 - Des ressources matérielles de la collectivité au service d'un éventuel dispositif porté par la CPTS,
 - Des ressources humaines en professionnels de santé que la CPTS pourrait mettre à disposition de la collectivité.
- La CPTS accompagne les projets :
 - de la MSP de la Gare d'Auray, notamment les projets Garde ton Cap ou Sensibilisation des Lycéens aux conduites à risque,
 - de la MSP de Pluneret concernant le parcours IVG ambulatoire,
 - de la MSP Prévention Auray concernant la fragilité et le sport santé.
- Le président de la CPTS du Pays d'Auray est également le président du DAC. Une convention de travail est en rédaction entre les deux organismes. Mais, d'ores et déjà, la coordinatrice territoriale du DAC est en lien fonctionnel avec la coordinatrice parcours de la CPTS pour la facilitation, voire le règlement, de certains dossiers complexes de patients fragiles du territoire.

Pour quoi faire ?... En résumé...

- Améliorer la prise en charge du patient : suivi global, continuité et fluidité du parcours de soins.
- Anticiper et prévenir : éviter les hospitalisations inutiles, renforcer le maintien à domicile.
- Partager les responsabilités : mieux répartir les tâches (ex. : délégations d'actes, protocoles).
- Mieux communiquer : éviter les ruptures de parcours, améliorer l'information partagée.

Avec quels outils ?

Actuellement...

- Mails, SMS, WhatsApp,
- Téléphonie +++ et visio
- Réunions pluriprofessionnelles : RCP, réunions de concertation, staff territoriaux.

Et dans l'idéal...

- DMP (Dossier Médical Partagé)** : pour un accès commun à l'information.
- Messageries sécurisées de santé (MSSanté)** : pour les échanges professionnels.
- Outils numériques de coordination** : plateformes comme Omnidoc, Globule.
- Protocoles de coopération : actes partagés, organisation standardisée.

Suis-je déjà impacté ? Quels changements dans mon exercice quotidien ?

Oui, probablement...

- Si vous êtes dans une MSP, une CPTS ou en lien avec un DAC.
- Si vous participez à des réunions de coordination ou à des programmes patients complexes.
- Si vous utilisez le DMP ou la MSSanté régulièrement.
- Si vous avez délégué certains suivis à un infirmier ou coordinateur de parcours.

Changements concrets :

- Moins d'isolement dans l'exercice, mais plus d'interdépendance.
- Temps dédié à la coordination (échanges, réunions, transmissions).
- Formalisation des pratiques (protocoles, outils numériques, suivis communs).
- Meilleure lisibilité du parcours du patient, mais parfois complexité administrative accrue.

Qu'en penser ? Bonne idée ou nouveau "machin" ?

→ Bonne idée si...

- Le collectif est bien structuré, avec des objectifs clairs et des outils simples.
- Les professionnels sont volontaires et impliqués.
- Cela permet une vraie plus-value pour le patient et un gain de qualité de vie pour les soignants.
- Il y a une rémunération de la coordination (ex : rémunérations forfaitaires dans les MSP ou CPTS).

→ Risque de "machin" si...

- C'est imposé sans concertation, avec des outils lourds et peu ergonomiques.
- Cela rajoute de la paperasse sans bénéfice clinique.
- La coordination reste formelle, sans effet réel sur les pratiques.
- Le lien ville-hôpital ne repose que sur la bonne volonté individuelle.

En conclusion :

→ Vers un nouveau cercle de soins ?

Travailler en équipes coordonnées peut redonner du sens à l'exercice libéral, renforcer la place de la médecine de ville dans le système de santé, et rétablir une continuité trop souvent cassée entre ville et hôpital. Mais cela suppose un engagement collectif, du temps dédié, des outils fonctionnels et une vraie reconnaissance (humaine et financière) de cette évolution.

→ Pour "embarquer" les professionnels libéraux de santé, il faut passer d'une logique *imposée d'en haut* à une logique *coconstruite avec le terrain*. Voici les leviers les plus efficaces :

1. Donner du sens : recentrer sur le patient et le collectif

- **Montrer les bénéfices concrets** pour le patient (moins d'hospitalisations évitables, meilleure continuité).
- **Valoriser l'impact** sur le quotidien du soignant : moins d'isolement, partage des charges, reconnaissance.
- **Changer le récit** : ce n'est pas une "réforme", mais un progrès professionnel.

2. Créer des conditions d'exercice favorables

- **Temps dédié à la coordination**, financé dans les modèles de rémunération (ACI, ROSP, etc.).
- **Soutien organisationnel** : coordinateurs de soins, secrétaires mutualisées, outils numériques fonctionnels.
- **Réduction de la charge administrative** (simplifier plutôt que multiplier les dispositifs).

3. Respecter leur liberté et leur temporalité

- **Pas d'obligation mais de l'incitation** (financière, humaine, symbolique).
- **Permettre une entrée progressive** (ex : projets ponctuels, réunions informelles, outils simples comme la messagerie sécurisée).
- **Éviter la bureaucratie** : chaque document ou procédure en plus est un frein.

4. Valoriser les initiatives locales

- **S'appuyer sur les leaders de terrain** (médecins moteurs, infirmiers coordinateurs...).
- **Capitaliser sur les réussites locales** (ex : MSP dynamiques, CPTS qui fonctionnent).
- **Partager des témoignages positifs** : ce sont les pairs qui convainquent, pas les ARS ni les slides.

5. Assurer un retour sur investissement humain

- **Reconnaissance institutionnelle et médiatique** du travail collectif.
- **Qualité de vie au travail améliorée** (ex : délégation des soins, moins d'urgence non programmée seule).
- **Moins de burn-out, plus de sens.**

En résumé :

« Les libéraux ne veulent pas qu'on leur dise comment exercer, mais ils sont prêts à innover s'ils en voient l'utilité, s'ils restent maîtres à bord, et s'ils ne sont pas seuls pour porter la charge. »

Coordination en soins primaires : Comparaison internationale

→ Synthèse comparative en une page des systèmes de coordination des soins primaires dans plusieurs pays, avec un focus sur la coopération, l'intégration ville-hôpital et les outils de pilotage.

Systèmes comparés

États-Unis

- Modèle basé sur les réseaux intégrés privés (Kaiser Permanente, Veterans Affairs).
- Fort développement des 'Accountable Care Organizations' (ACO).
- Coordination efficace mais inégalitaire et très dépendante des assurances.

Royaume-Uni

- NHS structure fortement centralisée avec des 'Primary Care Networks'.
- Pratique systémique de la coordination autour du General Practitioner (GP).
- Rôle pivot de l'infirmier coordinateur et partage d'infos via le NHS Spine.

Belgique

- Organisation très libérale, en transition vers plus de coordination (réseaux locaux).
- Expérimentations de 'zones de soins intégrés' (projets pilotes).
- Manque de partage d'information et coordination encore embryonnaire.

Allemagne

- Système assurantiel fort, médecins en cabinet libéral.
- Programmes structurés pour les maladies chroniques (DMP).
- Coopération interprofessionnelle lente à évoluer.

Espagne

- Fortement régionalisé, centres de santé intégrés.
- Coopération facilitée par le regroupement des professionnels dans un même lieu.
- Suivi coordonné facilité dans les régions bien structurées.

Italie

- Développement de 'Maisons de santé communautaires' ('Case della Salute').
- Coordination via des équipes multidisciplinaires dans certaines régions.
- Inégal selon les territoires.

Pays nordiques

- Modèle intégré public-fort (Suède, Danemark, Norvège).
- Systèmes d'information puissants, accès centralisé au dossier médical.
- Forte culture de travail interprofessionnel et implication des infirmiers.

Conclusion

La France est engagée dans une dynamique intermédiaire : ni aussi centralisée que le Royaume-Uni, ni aussi libérale que la Belgique ou l'Allemagne. Le défi principal réside dans la structuration locale des équipes coordonnées, la simplification des outils numériques et une meilleure interopérabilité.

Bibliographie – Coordination des soins primaires et lien ville-hôpital

Cette bibliographie rassemble les principales sources réglementaires, scientifiques et professionnelles sur le thème de la coordination des soins ambulatoires et du travail en équipes coordonnées.

1. Textes législatifs et institutionnels

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- Code de la santé publique – Article L1434-12 (CPTS), L6323-3 (MSP).
- Instruction DGOS n°2021-112 du 4 juin 2021 sur les parcours complexes.
- Stratégie nationale de santé 2023-2033 (ministère de la Santé).

2. Publications de la HAS

- HAS (2020). 'Organisation du parcours de soins en soins primaires'.
- HAS (2021). 'Soins coordonnés autour du patient : référentiel'.
- HAS (2023). 'Indicateurs de qualité pour les maisons de santé'.
- HAS (2022). 'Recommandations sur le travail pluriprofessionnel en ambulatoire'.

3. Études, rapports et littérature scientifique

- IRDES (2022). 'Les pratiques coordonnées en soins primaires : quels effets sur la qualité et l'efficacité ?'.
- Cour des comptes (2021). 'La régulation de l'offre de soins ambulatoire'.
- HCSP (2020). 'Organisation territoriale des soins de premier recours'.
- Revue Santé Publique, dossiers thématiques sur les équipes de soins primaires (2019–2023).

4. Contributions des syndicats et acteurs professionnels

- MG France : Positionnements sur les CPTS et la coordination (2021–2023).
- Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) – Livret 'Métiers de la coordination' (2022).
- CSMF, FMF, SML, SNMKR – Notes d'analyse et prises de position sur la coordination.
- CNPS et URPS : rapports territoriaux sur les pratiques coordonnées.

5. Liens internet

Institutions & Réglementation

1. **Ministère de la Santé - Exercice coordonné**
 - <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante/article/exercice-coordonne>
2. **Haute Autorité de Santé (HAS) – Référentiels & recommandations**
 - https://www.has-sante.fr/jcms/c_2862873/fr/coordination-des-soins
3. **Assurance Maladie – Structures coordonnées et rémunérations**
 - <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-coordonne>
4. **Legifrance – Textes officiels (lois, décrets, arrêtés)**
 - <https://www.legifrance.gouv.fr>

Ressources pratiques & Guides

5. **Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)**
 - <https://www.ffmps.fr>
 - (ressources sur les MSP, CPTS, coordinateurs)
6. **Réseau des CPTS (FNCS / AVEC Santé / FFMPS)**
 - <https://www.cpts.fr>
7. **Répertoire des structures coordonnées (Annuaire)**
 - <https://annuaire.pnsante.fr>

Recherche & analyse

8. **Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)**
 - <https://www.irdes.fr> (rapports sur les soins primaires coordonnés)
9. **Haute Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)**
 - <https://www.securite-sociale.fr/hcaam>
10. **Cour des Comptes – Rapports sur les soins de ville**
 - <https://www.ccomptes.fr>

Syndicats & Acteurs professionnels

11. **MG France (médecins généralistes)**
 - <https://www.mgfrance.org>
12. **SNMKR (kinésithérapeutes)**
 - <https://www.snmkr.fr>
13. **CSMF / FMF / SML – Médecine libérale**
 - <https://www.csmf.org> | <https://www.fmfpro.org> | <https://www.lesml.org>

Synthèse

L'exercice coordonné désigne l'organisation collective des professionnels de santé autour d'un même patient ou d'un même territoire. Il repose sur une collaboration formalisée entre professions complémentaires, un partage d'information et des outils communs.

Cette dynamique s'incarne dans trois dispositifs principaux :

- **ESP** (équipes de soins primaires), centrées sur les soins du quotidien ;
- **MSP** (maisons de santé pluriprofessionnelles), qui coordonnent les professionnels autour d'une patientèle définie ;
- **CPTS**, qui assurent une vision territoriale élargie, articulant ville, hôpital et médico-social.

1. Intérêts pour les professionnels : coopération, efficacité et reconnaissance

L'exercice coordonné permet une **meilleure répartition des rôles**, chaque professionnel pouvant exercer pleinement dans son champ de compétences, avec une diminution de l'isolement. Le partage d'informations – réunions pluriprofessionnelles, outils numériques, messageries sécurisées – améliore l'interconnaissance et la qualité du suivi.

Les soignants bénéficient d'un **soutien dans la prise en charge des patients complexes**, réduisant stress et erreurs. La coordination valorise également les compétences et ouvre l'accès à des financements spécifiques (MSP, CPTS). Elle accompagne enfin l'**évolution des métiers** : accès direct en kinésithérapie, nouvelles missions des pharmaciens, pratiques avancées infirmières... Ces évolutions renforcent l'efficacité du système et libèrent du temps médical.

2. Intérêts pour les patients : fluidité, continuité et accès renforcé

L'exercice coordonné offre un **parcours de soins plus fluide** : moins de ruptures, meilleure anticipation et continuité. Le patient bénéficie d'avis croisés, d'une approche globale (somatique, psychologique, sociale) et d'un adressage plus pertinent vers les bons professionnels. L'accès à certains soins est facilité (prise de RDV, accompagnement social, éducation thérapeutique), tandis que la relation avec les soignants gagne en cohérence et en qualité.

3. Intérêts pour le système de santé : efficacité et organisation territoriale

Les organisations coordonnées contribuent à **réduire les hospitalisations évitables**, les passages aux urgences et les doublons d'examen. Elles renforcent l'attractivité des territoires et favorisent une organisation au plus près des

besoins locaux. L'exercice coordonné apparaît comme un **levier essentiel** pour répondre aux défis actuels : accès aux soins, qualité, prévention, qualité de vie au travail.

4. Acteurs et outils : un écosystème à structurer

Les acteurs impliqués couvrent l'ensemble du champ sanitaire et médico-social : médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, équipes hospitalières, services sociaux, EHPAD, CCAS. Les CPTS jouent un rôle clé en organisant ces liens à l'échelle d'un territoire, en soutenant les MSP et en développant des partenariats ville-hôpital et ville-médico-social.

Les outils de coordination incluent aujourd'hui la téléphonie, les réunions pluriprofessionnelles, les messageries sécurisées, les plateformes de coordination (Omnidoc, Globule), et demain un DMP réellement opérationnel et interopérable.

5. Impacts sur l'exercice quotidien

De nombreux professionnels sont déjà engagés, parfois sans s'en rendre compte : participation à des réunions de concertation, usage d'outils numériques, délégation d'actes. Cela implique moins d'isolement mais davantage d'interdépendance, du temps dédié à la coordination et une formalisation croissante des pratiques.

6. Conditions de réussite : du "machin" au projet utile

L'exercice coordonné fonctionne lorsque :

- les objectifs sont clairs, partagés et reliés au terrain ;
- les outils sont simples et ergonomiques ;
- le collectif est reconnu humainement et financièrement ;
- la coordination est coconstruite, progressive, non imposée ;
- les initiatives locales sont valorisées.

Il échoue lorsqu'il devient bureaucratique, formel ou déconnecté du quotidien des soignants.

Conclusion

L'exercice coordonné n'est pas une fin en soi : c'est un **moyen** de redonner sens au soin, de renforcer la médecine de ville et de construire un véritable "cercle de soins" autour du patient.

S'il est soutenu, simplifié et coconstruit avec les professionnels, il peut devenir l'un des leviers les plus puissants de transformation positive du système de santé.