**Projet de santé**

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) monosite /multisites *(supprimer la mention inutile)* de NOM de la MSP

Version n°

Etablie en date du :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Statut juridique | 🞏 SISA 🞏 Association loi 1901 🞏 Autre (préciser) : |
|  |  |
| N° FINESS (attribués par l'ARS) | EJ :ET : |
|  |  |
| N° SIRET | SISA :Association[[1]](#footnote-1) : |
|  |  |
| Coordonnées de la MSP(bâtiment socle siège de la structure juridique si MSP multisites) | Adresse postale :Téléphone :Fax :Courriel : |
|  |  |
| Date d'ouverture (MM/AAAA) (si projet immobilier en cours) |  |
|  |  |
| Personne contact (nom, prénom, profession, téléphone, courriel) |  |
|  |  |
| Représentant légal de la structure  |  |

Projet de demander l'adhésion à l**'ACI** et aux rémunérations prévues dans ce cadre (accord conventionnel interprofessionnel du 24/07/2017) ? 🞏 oui 🞏 non

*Une maison de santé pluri-professionnelle* ***(MSP)*** *est une personne morale constituée à minima entre deux médecins généralistes et un professionnel paramédical – regroupés ou non dans des locaux communs – qui partagent un* ***projet de santé****. Ce projet de santé est transmis à l’ARS (article L. 6323-3 du code de la santé publique) qui en vérifie la conformité aux dispositions du cahier des charges national.*

*Le projet de santé est élaboré par l’ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Il définit le projet mis en œuvre par les professionnels pour assurer la prise en charge des patients sur un territoire défini, que ce soit en termes de prévention, d’accès et continuité des soins ou de coordination des prises en charge.* ***Le projet de santé doit être en conformité avec le Projet Régional de Santé (PRS).***

*Des professionnels ou structures du monde médico-social ou social peuvent, au-delà des professionnels de santé, en être signataires s’ils concourent à la réalisation de ce projet de santé.*

*Le projet de santé est un document évolutif, amené à être enrichi au fur et à mesure de l’évolution de la structure. Au démarrage, le projet de santé peut donc être un document simple dans son contenu, même s’il respecte la structure ci-dessous présentée, et évoluer après quelques années de fonctionnement jusqu’à un document très complet prenant en compte de manière détaillée et dans une perspective de stratégie médicale, l’offre proposée par la structure et l’impact attendu sur son environnement.*

*Seules les structures pluriprofessionnelles (SPP) ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « maisons de santé (MSP)» et "centre de santé (CDS)" et ainsi prétendre à accéder aux nouveaux modes de rémunération tels que définis dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu entre l'UNCAM, les organisations représentatives des professionnels de santé et les organisations représentatives des centres de santé signataires (sous réserve du respect d’un certain nombre de critères socles et d’une contractualisation avec l’Assurance maladie et l’ARS).*

*La* ***"trame-type"*** *de projet de santé ci-après proposée a été établie par l'ARS Martinique sur la base du cahier des charges national des maisons de santé pluriprofessionnelles, de l'accord conventionnel interprofessionnel applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles (ACI).*

*Elle a vocation à guider les professionnels qui souhaitent se constituer en MSP dans l’élaboration de leur projet de santé, en proposant une structuration (plan) et une aide au remplissage (éléments en italique de couleur verte que les professionnels voudront bien supprimer une fois leur document élaboré).*

*Les professionnels demeurent toutefois libres et responsables du contenu de leur projet de santé.*

**Sommaire**

[1. Diagnostic préalable 4](#_Toc170138755)

[1.1 Territoire d'intervention 4](#_Toc170138756)

[1.2 Analyse de l'offre de soins existante sur le territoire 4](#_Toc170138757)

[1.3 Analyse des besoins de soins sur le territoire 4](#_Toc170138758)

[2. Projet professionnel 4](#_Toc170138759)

[2.1 Structuration juridique / gouvernance 4](#_Toc170138760)

[2.2 Implantation géographique 5](#_Toc170138761)

[2.3 Liste des professionnels 5](#_Toc170138762)

[3. Accès aux soins 7](#_Toc170138763)

[3.1 Accessibilité 7](#_Toc170138764)

[o Accessibilité géographique 7](#_Toc170138765)

[o Accessibilité financière 7](#_Toc170138766)

[o Accessibilité sociale 7](#_Toc170138767)

[3.2 Actions de prévention et missions de santé publique 7](#_Toc170138768)

[3.3 Horaires d'ouverture et organisation des soins 8](#_Toc170138769)

[o Horaires d'ouverture et accueil / prise de RV et orientation 8](#_Toc170138770)

[o Accès à des soins non programmés 8](#_Toc170138771)

[o Accès à des spécialités ou techniques particulières 8](#_Toc170138772)

[o Continuité des soins en l'absence du médecin traitant 9](#_Toc170138773)

[3.4 Permanence des soins ambulatoires (PDSA) 9](#_Toc170138774)

[3.5 Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d’accès aux soins (SAS) 9](#_Toc170138775)

[4. Travail en équipe pluri-professionnelle 10](#_Toc170138776)

[4.1 Organisation de la coordination 10](#_Toc170138777)

[4.2 Concertation pluri professionnelle sur les cas complexes 10](#_Toc170138778)

[4.3 Elaboration de protocoles pluri-professionnels 11](#_Toc170138779)

[4.4 Coopérations interprofessionnelles (art. 51 de la loi HPST) 12](#_Toc170138780)

[4.5 Coordination avec les professionnels et structures extérieurs 12](#_Toc170138781)

[4.6 Formation – recherche – qualité 13](#_Toc170138782)

[o Accueil de futurs professionnels 13](#_Toc170138783)

[o Formation continue des professionnels de la MSP 13](#_Toc170138784)

[o Recherche 13](#_Toc170138785)

[o Démarche qualité 13](#_Toc170138786)

[5. Dispositif / système d'information 14](#_Toc170138787)

[5.1 Dispositif d'information mis en place au sein de la MSP 14](#_Toc170138788)

[5.2 Accès du patient à ses données médicales 15](#_Toc170138789)

[5.3 Modalités de partage des informations de santé 15](#_Toc170138790)

[o Entre les professionnels de la MSP 15](#_Toc170138791)

[o Avec les autres acteurs du territoire 15](#_Toc170138792)

[5.4 Gestion et exploitation des données cliniques 15](#_Toc170138793)

[ANNEXES 17](#_Toc170138794)

1. Diagnostic préalable
	1. Territoire d'intervention

*La MSP définit son territoire d'intervention, comprenant généralement un territoire d'intervention* ***primaire*** *(= territoire sur lequel la MSP s'engage à prendre en charge tout nouveau patient) et un territoire d'intervention* ***secondaire*** *(pas d'engagement de prise en charge, acceptation au cas par cas). Le nombre d'habitants sur ce territoire est indiqué (en précisant, le cas échéant, les variations saisonnières).*

*Ce territoire est nécessairement défini pour les médecins généralistes ; sa définition est également recommandée pour les autres professions (en visant une cohérence entre les différents territoires ainsi définis).*

* 1. Analyse de l'offre de soins existante sur le territoire

*La MSP fait un état des lieux de l'****offre de soins de premier recours*** *présente sur son territoire d'intervention (pour chaque profession : nombre de professionnels, densité – à comparer avec les densités départementales, régionales et/ou nationales –, âge moyen, évolutions récentes ou à venir – nouvelles installations, départs programmés, etc.)*

*La* ***situation du territoire vis-à-vis du zonage*** *défini par l’ARS est précisée pour chaque professionnel de santé concerné (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes).*

*L'accès à l'****offre de soins de second recours****, libérale et/ou hospitalière, est également précisé, de même que le* ***service d'urgence*** *et le* ***SMUR de référence****. Le cas échéant, la présence de médecins correspondants du SAMU sur le territoire est mentionnée.*

*Le nombre d'****établissements médico-sociaux*** *pour personnes âgées (EHPAD) et personnes handicapées (FAM, IME, MAS, etc.) présents sur le territoire peut également être utilement mentionné.*

* 1. Analyse des besoins de soins sur le territoire

*La MSP présente les* ***grandes caractéristiques*** *de la population située sur son territoire d'intervention :*

* ***profil démographique*** *: évolution démographique, sur- ou sous- représentation de certaines classes d'âge par rapport aux moyennes départementales, régionales et nationales et évolution, particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées et les enfants, etc.*
* ***profil social*** *: taux de bénéficiaires CMUc et AME comparativement aux moyennes départementales, régionales et/ou nationales, MSP située dans ou à proximité d'un quartier prioritaire de la politique de la ville, etc.*
* ***profil pathologique*** *:**taux de vaccination et de dépistages et situation vis-à-vis des objectifs ROSP, pathologies prégnantes (surreprésentation de certaines ALD par rapport aux moyennes, etc.)*
1. Projet professionnel
	1. Structuration juridique / gouvernance

*NB : une MSP étant une personne morale, elle doit nécessairement être structurée autour d'une entité juridique.*

*La MSP indique la ou les structures de gouvernance qui regroupent les professionnels signataires du projet de santé (association loi 1901, SISA…).*

*Pour chacune d'entre elles, elle précise les éléments suivants :*

* *nom ;*
* *adresse du siège social et n°SIRET*
* *date de constitution ;*
* *objet général ;*
* *identité des représentants, officiels (président, trésorier, etc.) ou non (éventuels référents thématiques désignés) ;*
* *périmètre de ses membres (pour rappel, seuls les professions médicales, auxiliaires médicaux et pharmaciens peuvent constituer une SISA, tandis que l'association peut regrouper tous les signataires potentiels du projet de santé, au-delà des professionnels de santé reconnus par le code de la santé publique : psychologues, professionnels du social, personnes morales telles centres de santé, etc.) ;*
* *rôle de ses organes de gouvernance (assemblée générale, bureau, etc.)*

*En cas de coexistence de plusieurs structures (association et SISA), l'articulation entre les deux est décrite.*

*La MSP précise dans quelle mesure les usagers sont associés, le cas échéant, à la gouvernance de la MSP.*

*NB : pour pouvoir percevoir l’ACI (accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles) versé par l’assurance maladie, la MSP doit nécessairement* ***constituer une SISA****. A titre dérogatoire et sous réserve d'un engagement, les professionnels de santé peuvent disposer d'un délai de 6 mois pour se constituer sous cette forme, à compter de la date de signature du contrat relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité. Aucune avance ne pourra cependant être versée tant que la SISA n'est pas constituée.*

* 1. Implantation géographique

*La MSP précise si elle est organisée en MSP monosite (professionnels regroupés au sein d'un bâtiment unique) ou en MSP multisites (professionnels répartis dans des locaux distincts).*

*Dans le cas d'une* ***MSP monosite****, sont précisés :*

* *le porteur du projet immobilier (intercommunalité ou mairie – directement ou via un bailleur –, privé, etc.) ;*
* *l'adresse du bâtiment ;*
* *la date – ou date prévisionnelle – d'entrée dans les locaux.*

*Dans le cas d'une* ***MSP multisites****, sont précisés :*

* *le nombre de sites sur lesquels sont répartis les professionnels de santé ;*
* *l'adresse du bâtiment socle (celui où est domicilié la structure juridique et où figure généralement tout ou partie des médecins généralistes et la salle de réunion) ;*
* *s'il est public, le porteur du projet immobilier de ce "bâtiment socle" (intercommunalité ou mairie – directement ou via un bailleur –, etc.) et la date – ou date prévisionnelle – d'entrée dans les locaux.*
	1. Liste des professionnels

Les tableaux qui suivent présentent les différentes catégories de professionnels libéraux signataires du projet de santé.

Liste des **professionnels de santé (professions médicales et auxiliaires médicaux tels que définis par le code de la santé publique) et psychologues concourant de manière permanente au projet de santé** :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession | N°ADELI  | N°RPPS | Nb de ½ journées travaillées par semaine | Localisation\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Il s'agit d'indiquer si le professionnel exerce au sein du bâtiment socle de la MSP (automatique pour les MSP monosites) ou au sein d'un autre site ; si site distinct du bâtiment socle, indiquer la commune d'implantation ainsi que le type de cabinet (groupe, individuel).

Liste des professionnels de santé assurant des **vacations** ou **consultations avancées** au sein de la MSP :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession | N°ADELI  | N°RPPS | Nb de ½ journées travaillées par semaine | ½ journées concernées |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Liste des professionnels chargés du **fonctionnement administratif** et de la **coordination** de la MSP (secrétariat, coordonnateur, délégué à l'information médicale, comptable, etc.) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Fonction | Employeur(s) | Nb de ½ journées travaillées par semaine | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Autres** professionnels et structures associés au projet de santé :

*Sont ici concernés les professionnels du social (assistantes sociales, etc.) et éventuelles structures présentes dans les locaux de la MSP et travaillant avec les professionnels de santé de la MSP (PMI, services d'aides à domicile, permanences CPAM, etc.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession | Employeur | Nb de ½ journées travaillées par semaine | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*NB : pour obtenir, sur cet item, un financement via l’ACI (critère optionnel), la MSP doit offrir une* ***diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens ou de soins paramédicaux*** *assurée par les professionnels associés de la structure : au moins 1 profession médicale hors MG (sage-femme, chirurgien-dentiste, MEP, biologiste, pharmacien d'officine)* ***ou*** *au moins 1 spécialité médicale* **ou/et (1er niveau / 2ème niveau)** *au moins 3 professions paramédicales différentes.*

1. Accès aux soins
	1. Accessibilité
	* Accessibilité géographique

*La MSP s'engage à prendre en charge tout nouveau patient sur le territoire qu'elle dessert (territoire primaire défini dans le diagnostic).*

*Sont également précisés ici la desserte de la MSP par les transports en commun, le respect des normes accessibilité du bâtiment et la présence de places de parking réservées aux personnes à mobilité réduite, la réalisation de visites à domicile pour les personnes dont l'état de santé ne permet pas de se déplacer, etc.*

* + Accessibilité financière

*La MSP précise les tarifs pratiqués (secteur 1 / tarifs de la CCAM), les cas dans lesquels elle applique le tiers payant sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.*

*Les modalités d’information des patients sur les tarifs pratiqués sont précisées.*

* + Accessibilité sociale

*La MSP s'engage à ne pas pratiquer de discrimination de quelque sorte que ce soit.*

*Elle précise le cas échéant les mesures mises en place pour aider les personnes en difficulté sociale dans leurs démarches administratives, ainsi que les éventuelles mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins, plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité ou de handicap, quelque soit leur âge.*

*La présence éventuelle d'une offre sociale (assistante sociale, etc.) au sein de la MSP est également mentionnée.*

* 1. Actions de prévention et missions de santé publique

*La MSP précise les actions de prévention (vaccination, dépistages, éducation thérapeutique, etc.) et autres missions de santé publique (développement d'une offre d'accès à l'IVG médicamenteuse hors établissement, etc.) dans lesquelles elle est engagée ou projette de s'engager, en précisant les éventuelles formations suivies par des membres de l'équipe à cet effet et éventuelles conventions signées.*

*Les éventuels liens avec les Ateliers Santé Ville (ASV), la politique de la ville et contrats locaux de santé sont décrits.*

*NB : tout programme d'éducation thérapeutique doit faire l'objet d'une autorisation par l'ARS avant sa mise en œuvre (cf. procédure sur le site internet de l'ARS :* <https://www.martinique.ars.sante.fr/mettre-en-place-un-programme-etp>

*NB : pour obtenir, sur cet item, un financement via l’ACI (critère optionnel), la MSP doit mener des* ***missions de santé publique*** *répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) parmi la liste des thèmes suivants (****2 projets maximum financés****):*

*- actions en faveur d’une amélioration de la couverture vaccinale*

*- lutte contre la tuberculose*

*- surpoids et obésité chez l’enfant*

*- souffrance psychique et conduites additives chez les adolescents de 12 à 25 ans*

*- prévention du suicide*

*- prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)*

*- prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité*

*- éducation thérapeutique et éducation à la santé*

*Un bilan des actions de prévention et autres missions de santé publiques menées les années précédentes ainsi que le programme de travail pour l'année à venir doit figurer en annexe.*

* 1. Horaires d'ouverture et organisation des soins
	+ Horaires d'ouverture et accueil / prise de RV et orientation

*La MSP indique les jours et horaires d'ouverture, en précisant à minima :*

* *les horaires et missions (prise de rdv téléphonique, accueil physique, orientation, etc.) du secrétariat ;*
* *les horaires de présence et/ou consultation des médecins généralistes ;*
* *les modalités d'information des patients sur ces jours et horaires d'ouverture (affichage extérieur et intérieur, etc.) ;*
* *les modalités de gestion de la pause méridienne (secrétariat et/ou médecin joignable ? répondeur téléphonique ? etc.) ;*

*Les horaires et jours d'ouverture des autres professions sont également mentionnés.*

*NB : pour pouvoir prétendre à accéder à la rémunération maximale issue de l’ACI (critère prérequis), la MSP doit proposer une* ***ouverture de 8h à 20h en semaine et le samedi matin*** *(dérogation horaire possible en fonction d’une éventuelle organisation spécifique de la PDSA sur le secteur). Cette rémunération est minorée si les plages d'ouverture sont d'une amplitude comprise entre 8h (critère prérequis) et 12h par jour en semaine ou si la structure est fermée le samedi matin voire pendant les congés scolaires (3 semaines max/an).*

* + Accès à des soins non programmés

*La MSP indique comment s'organise l'accès à des consultations non programmées au sein des heures d'ouverture de la structure :*

* *rôles respectifs du secrétariat et des médecins dans la régulation téléphonique des demandes*
* *organisation retenue : plages horaires vacantes dans l'agenda de chaque médecin pour pouvoir y inscrire ses patients qui nécessitent d'être vus dans la journée, médecin dédié au non programmé – avec ou sans rendez-vous – chaque jour à tour de rôle en précisant l'amplitude horaire, etc*

*La MSP indique si elle prend en charge des soins non programmés (consultations + petites urgences type suture, petite traumatologie), en précisant les modalités d'accueil de ces petites urgences (médecin dédié ou chaque médecin sur ces créneaux réservés au non programmé, salle dédiée avec un niveau d'équipement adéquat, etc.)*

*La MSP précise s'il existe des médecins correspondants du SAMU dans la structure répondant éventuellement aux sollicitations du SAMU-Centre.*

*NB : pour pouvoir prétendre à accéder aux rémunérations découlant de l'ACI (critère prérequis), la MSP doit proposer un* ***accès à des soins non programmés chaque jour ouvré (régulation des demandes et possibilités de consultations dans la journée).***

* + Accès à des spécialités ou techniques particulières

*Les consultations / vacations de sages-femmes et/ou chirurgiens-dentistes extérieurs à la MSP sont mentionnées en précisant le nombre de demi-journées travaillées.*

*Les consultations / vacations de spécialistes du second recours (cardiologue, ophtalmologiste, dermatologue, etc.) sont pareillement décrites.*

*NB : pour obtenir, sur cet item, un financement via l’ACI (critère optionnel), la MSP doit organiser, dans ses locaux, des* ***consultations de second recours par des médecins spécialistes ou d’accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine*** *sur des créneaux horaires définis : en moyenne* ***2 jours par mois*** *pour le premier niveau, et au moins* ***2.5 jours par semaine*** *pour le deuxième niveau (soit 0.5 ETP).*

*La MSP expose les éventuels services innovants mis en place pour permettre l'accès à des spécialités ou techniques particulières (télémédecine, offre d’IVG médicamenteuse hors établissement, etc.)*

* + Continuité des soins en l'absence du médecin traitant

*Les modalités de prise en charge d'un patient en l'absence de son médecin traitant sont décrites (choix du médecin, accès au dossier médical du patient, information du médecin traitant et traçabilité de la consultation dans le dossier médical du patient, etc.)*

* 1. Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

*La MSP décrit le dispositif de permanence des soins ambulatoire (= astreintes / gardes des médecins généralistes) mis en place sur le territoire : jours et horaires, régulation des appels (via le 15), garde assise au sein d'une maison médicale de garde (MMG) ou au cabinet, visites à domicile, etc.*

*La MSP précise la participation des médecins de la structure à cette PDSA et le respect des principes afférents (application du tiers-payant sur la part obligatoire pour toute consultation régulée, etc.)*

*Sont également décrites les modalités d'information des patients sur l'organisation mise en place sur le territoire aux heures de permanence des soins (mention sur les ordonnances, répondeur téléphonique, affichage à l'extérieur de la MSP/CDS et en salle d'attente / à l'accueil, site internet, encarts dans la presse locale, etc.)*

*La participation des autres professionnels de la MSP/CDS à des dispositifs de permanence des soins, qu'ils soient institutionnels (chirurgiens-dentistes, pharmaciens) ou non (ex : gardes volontaires de masseurs-kinésithérapeutes en période épidémique de bronchiolite) est mentionnée le cas échéant.*

* 1. Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d’accès aux soins (SAS)

*La structure s’organise pour que :*

* *Soit l’ensemble, soit au moins 50% des médecins participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale.*
* *Soit elle puisse prendre en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS.*

**3.6 Réponse aux crises sanitaires graves**

*Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d’en organiser la réponse ».*

1. *Rédaction d’un plan de préparation*

*A l’échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, …), et doit s’articuler le cas échéant avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire.*

1. *Mise en œuvre d’actions*

*Dès la survenue d’une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients : prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé (cf. point 1)*

1. Travail en équipe pluri-professionnelle
	1. Organisation de la coordination

*La MSP indique comment est structurée la fonction de coordination en son sein :*

* *identification d'un responsable : coordonnateur externe à la structure (préciser ses temps de présence au sein de la structure), professionnel de la MSP désigné par l'assemblée générale, etc. ;*
* *missions du responsable (ex : interface avec les institutions et partenaires extérieurs, organisation des réunions, rédaction des comptes-rendus, etc.) ;*
* *rôle du secrétariat (ex : accueil et orientation des patients, gestion des plannings de l'ensemble des médecins voire autres professionnels, organisation logistique des réunions pluriprofessionnelles, etc.) ;*
* *existence d'une salle de réunion (au sein de la MSP ou mise à disposition par une collectivité)*

*NB : pour pouvoir prétendre à accéder à l’ACI (critère prérequis), la MSP doit être dotée d’une* ***fonction de coordination*** *(animation de la coordination interprofessionnelle; coordination des parcours et des dossiers patients, suivi de l'utilisation du SI et organisation du travail de productions de données de santé, relations avec les institutions ou collectivités)* ***organisée avec un responsable identifié et un temps dédié****.*

* 1. Concertation pluri professionnelle sur les cas complexes

*La MSP précise :*

* *la fréquence de ces réunions (définie et/ou à la demande) et les modalités de convocation des professionnels concernés ;*
* *les modalités de sélection des patients concernés (sur expression d'un besoin de la part d'un des professionnels qui en assure le suivi et/ou sur sélection à partir de critères objectivés)*
* *les objectifs de ces réunions ;*
* *la formalisation de leur tenue (préparation, feuille d'émargement, rédaction d'un compte-rendu, intégration de ce compte-rendu au dossier informatisé du patient, etc.) ;*
* *les modalités de suivi des décisions prises à l'occasion de ces réunions.*

*Un bilan des revues pluriprofessionnelles sur cas complexes menées les années précédentes (nombre, catégorie de professionnels associés et type de pathologies traitées) ainsi que le programme de travail pour l'année à venir doit figurer en annexe.*

*NB : pour obtenir un financement sur l’ACI (critère socle), la MSP doit mettre en place une concertation formalisée et régulière (au moins 6 réunions par an) entre médecins et autres professionnels de santé autour de cas patients. Ces* ***revues pluriprofessionnelles*** *portent sur des affections listées à l'annexe 3 de l'ACI et doivent faire l’objet d’un compte-rendu intégré dans le dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant une requête informatique et alimentant le dossier médical partagé.*

* 1. Elaboration de protocoles pluri-professionnels

*La MSP indique :*

* *la fréquence des réunions de protocolisation et leur organisation ;*
* *les modalités de choix des thèmes abordés (définition annuelle collégiale en assemblée générale ou définition au fil de l'année, en fonction des propositions individuelles ou sur objectivation des besoins via l'analyse des données du système d'information, etc.) ;*
* *les modalités d'association des différents types de professionnels (désignation d'un ou plusieurs représentants de chaque profession concernée, ou présence de tous les professionnels volontaires, etc.) ;*
* *le respect des recommandations de la HAS pour l'élaboration de ces protocoles ;*
* *les modalités de diffusion des protocoles à l'ensemble des professionnels de la MSP ;*
* *les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de ces protocoles.*

*Un bilan des protocoles pluriprofessionnels élaborés les années précédentes (nombre, catégorie de professionnels associés et pathologies traitées) ainsi que le programme de travail pour l'année à venir doit figurer en annexe.*

*NB : pour obtenir un financement sur l’ACI (critère socle), la MSP doit élaborer, en référence aux recommandations de la HAS, des* ***protocoles pluriprofessionnels*** *portant en priorité sur la prise en charge des cinq catégories de patients visées à l'annexe 3 du de l'ACI:*

*- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves… ;*

*- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif … ;*

*- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l’équilibre thérapeutique nécessitent l’intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste…) : AVK ; insulinothérapie…*

*- patients complexes ou en perte d’autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition…) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC…*

*- patients obèses ;*

*- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples…) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions…) ;*

*- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l’association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.*

* ***Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés***

*Valorisation de la mise en œuvre de protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l’objet d’un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d’une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020)*

* ***Parcours insuffisance cardiaque***

*Valorisation de la participation de la structure dans le cadre d’un parcours sur l’insuffisance cardiaque  notamment:*

* *Identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) ET/OU de la patientèle présentant une pathologie à risque d’évolution vers la constitution d’une insuffisance cardiaque (patientèle IC-) ;*
* *Optimisation du diagnostic précoce de l’insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ;*
* *Optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d’hospitalisation au décours d’une décompensation aiguë de l’insuffisance cardiaque. ;*
* *Promotion de l’éducation thérapeutique, incluant l’appropriation des signes annonciateurs d’une décompensation de la pathologie ;*
* *Optimisation de la coordination des acteurs*

*L’objectif commun est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d’hospitalisation et l’amélioration de la qualité de vie de la patientèle d’insuffisants cardiaques.*

*Dans le cadre de ce parcours, un accompagnement par l’assurance maladie sera proposé.*

* **Coordination d’un parcours « surpoids ou obésité de l’enfant »**

*Pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit répondre à la mission de santé publique sur le thème du surpoids et obésité de l’enfant (thème listé à l’annexe 2 de l’ACI). Il s’agit de valoriser par cet indicateur les structures intégrées dans un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d’obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d’obésité, tel que défini dans le code de la santé publique*.

* 1. Coopérations interprofessionnelles (art. 51 de la loi HPST)

*NB : Sont ici visées les coopérations interprofessionnelles mises en œuvre au sens de l’article L. 4011-1 du code de la santé publique, plus communément appelées "délégations de tâches". Ces coopérations interprofessionnelles consistent, pour un professionnel de santé, à déléguer certaines missions de sa compétence à un autre professionnel au-delà de ce qui est prévu dans le décret de compétences de ce dernier, au travers d'un protocole strict. Ce protocole doit être autorisé par la HAS et faire l'objet d'un arrêté de l'ARS autorisant son application dans la région d'exercice des professionnels concernés.* *La mise en œuvre du protocole doit être déposée auprès de l’agence régionale de santé via une application en ligne dédiée du site internet du ministère chargé de la santé: https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps .*

*Exemples de protocoles de coopérations interprofessionnelles : protocole ASALEE entre médecins et infirmiers, protocole entre ophtalmologistes et orthoptistes pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, etc.*

*La MSP indique les coopérations interprofessionnelles mises en œuvre en son sein, en précisant les professionnels concernés et la date de début de l'activité.*

* 1. Coordination avec les professionnels et structures extérieurs

*La MSP précise les procédures mises en place, définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients :*

* *vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ;*
* *vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation ;*
* *vers les structures et services médico-sociaux.*

*La MSP précise si, pour ces transmissions, elle utilise le volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS.*

*La MSP liste les principaux professionnels et structures extérieurs avec lesquels elle travaille et précise les éventuelles conventions / procédures / réunions communes existantes.*

*Les liens avec le secteur de la psychiatrie font l’objet d’un focus particulier.*

*L'adhésion des professionnels de santé de la MSP à des réseaux de santé est mentionnée.*

*NB : pour obtenir, sur cet item, un financement via l’ACI (critère optionnel), la MSP doit mettre en place une procédure définissant les* ***modalités de transmission des données de santé******nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, vers les structures et services médico-sociaux et*** ***les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable)*** *. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la règlementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.*

* 1. Formation – recherche – qualité
	+ Accueil de futurs professionnels

*La MSP indique, pour chaque profession, le nombre de professionnels maîtres de stage ou en cours de formation pour le devenir.*

*Pour les médecins généralistes, le nombre de terrains de stage ouvert chaque année est précisé, de même que le type de stagiaires accueillis (externes, internes en stage chez le praticien ou en SASPAS).*

*Les éventuelles facilités mises en place par les professionnels eux-mêmes ou par les collectivités pour permettre l'accueil de ces étudiants et stagiaires (hébergement, etc.) sont indiquées.*

*NB : pour obtenir, sur cet item, un financement via l’ACI (critère optionnel), la MSP doit être terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins 2 stages par an (toutes professions confondues).*

* + Formation continue des professionnels de la MSP

*Au-delà des obligations légales incombant à chaque profession (DPC, etc.), la MSP précise l'articulation entre le choix, par les professionnels, des formations, et les projets portés par la MSP (développement des formations interprofessionnelles, formations sur la coordination ou le management d'une MSP, formations sur l'éducation thérapeutique, formation pour devenir infirmier ASALEE, etc.)*

*Un bilan des formations suivies par les professionnels les années précédentes, en rapport avec les projets portés par la MSP, ainsi que les projets de formation pour l'année à venir doit figurer en annexe.*

* + Recherche

*La MSP indique, le cas échéant, son souhait de participer à des programmes de recherche en soins primaires en lien avec l'université.*

*Un bilan des programmes de recherche auxquels a participé la MSP les années précédentes, ainsi que les projets de recherche auxquels elle envisage de participer pour l'année à venir doit figurer en annexe.*

* + Démarche qualité

*Cette démarche d’auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d’amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée par l’ensemble de l’équipe.*

***Niveau 1: le diagnostic de maturité***

* *Désigner un référent qualité en charge d’animer et suivre la démarche auprès de l’équipe,*
* *Identifier une action d’amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d’amélioration :*
	+ *continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d’une sortie d’hospitalisation, ...)*
	+ *situations médico-sociales (approches populationnelles)*
	+ *collaboration et coordination pluriprofessionnelles autour de certains patients complexes nécessitants plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné…), de situations à risque comme la sortie immédiate d’hospitalisation,….*
	+ *délégation et coordination pluriprofessionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,…)*
	+ *accès aux soins (ex : plages d’horaires d’ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, …)*
	+ *actions de prévention en l’absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,…) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique ).*

***Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d’une démarche d’amélioration de la qualité***

* *définir les points à améliorer et le plan d’actions à mettre en œuvre,*
* *déployer le plan d’action*

***Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions***

* *Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place,*

 *Etablir si l’objectif est atteint ou si un nouveau plan d’actions doit être mis en place*

* ***Implication des usagers***

*2 niveaux (cumulables) de réalisation sont distingués pour cet indicateur.*

* *Le niveau 1 : mise en place d’outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins. Il s’agit entre autres de permettre d’évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d’accueil, de contact avec la structure, etc…),*
* *Niveau 2 : mise en place d’outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.*
1. Dispositif / système d'information
	1. Dispositif d'information mis en place au sein de la MSP

*La MSP indique si elle est dotée d’un système d’information :*

* *partagé entre les médecins généralistes de la structure ;*
* *partagé entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé de la structure.*

*La MSP précise si le système d’information partagé est labellisé « maisons et centres de santé » par l’ASIP santé ainsi que son niveau de labellisation (niveau standard / niveau avancé).*

*La liste des logiciels labellisés ainsi que leur niveau de labellisation est accessible sur le site internet de l'ASIP santé**:*[*http://esante.gouv.fr/services/labellisation*](http://esante.gouv.fr/services/labellisation)

*En l’absence de labellisation, la MSP précise si le système d’information est compatible avec le DMP.*

*NB : pour pouvoir prétendre à accéder à l’ACI (critère prérequis), les professionnels de santé de la MSP doivent être dotés d’un système d’information partagé labellisé V2 niveau standard par l’ASIP santé.*

*Une rémunération supplémentaire (critère optionne)l est accordée si le système d'information est labellisé V2 niveau avancé par l'ASIP santé.*

* 1. Accès du patient à ses données médicales

*La MSP indique les modalités d’accès du patient à son dossier médical (référent identifié au sein de la structure, existence d’un formulaire de demande, consultation spécifique pour la remise du dossier médical, etc.) et la manière dont le patient est informé de ces modalités (affichage, brochure remise lors de la première consultation, etc.)*

* 1. Modalités de partage des informations de santé
	+ Entre les professionnels de la MSP

*La MSP décrit comment est organisé le partage des informations de santé entre les professionnels de santé de la structure concourant à la prise en charge d’un même patient (système d’information partagé avec accès différenciés, utilisation d’une messagerie sécurisée, etc.)*

*Elle indique, dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les modalités d'information du patient sur le partage de ses données de santé avec les autres membres de l'équipe concourant à sa prise en charge, et de sa possibilité de s'opposer à ce partage d'informations le concernant. Elle précise de quelle manière est tracée cette information (mention dans le SI, signature d'un formulaire, etc).*

* + Avec les autres acteurs du territoire

*Cf. 4.5 – La MSP indique les modalités de transmission (messagerie sécurisée,* *Mon SISRA plateforme ZEPRA, courrier remis au patient, etc.) des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients :*

* *vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ;*
* *vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation ;*
* *vers les structures et services médico-sociaux.*

*La MSP précise si, pour ces transmissions, elle utilise le volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS, établi par le médecin traitant.*

* 1. Gestion et exploitation des données cliniques

*La MSP indique ici la manière dont elle utilise son système d’information pour piloter et évaluer son activité (capacité du SI à produire des listes permettant de cibler les thèmes et bénéficiaires d’actions de prévention, de revues de cas complexes, de protocolisation, etc. ; suivi d’indicateurs permettant de mesurer l’impact d’une action de prévention, ou l’évaluation de la mise en œuvre d’un protocole, etc.)*

*L’éventuel recours à un délégué à l’information médicale (DIM) est mentionné.*

**\* \* \***

*« 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 » (article L. 6323-3 du code de la santé publique)*

Projet de santé établi en date du :

**Signatures**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession |
| Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession |
| Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession |
| Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession | Nom / PrénomProfession |

ANNEXES

1. *L'attribution d'un numéro SIRET n'est pas automatique pour les associations ; une demande d'attribution doit être adressée à la direction régionale de l'INSEE compétente (coordonnées sur le site* <http://www.insee.fr/fr/service/default.asp?page=entreprises/sirene/sirene_dr.htm>*), accompagnée d'une copie des statuts et de la déclaration au Journal Officiel ; une lettre type de demande est disponible sur* <http://vosdroits.service-public.fr/associations/R2628.xhtml>*.* [↑](#footnote-ref-1)