

MSP

Guide

Décembre 2015



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels

Guide d'aide aux porteurs de projets

A quoi correspondent précisément les maisons et pôles de santé ? Comment se lancer ? Quelles prérogatives ?

Nous vous proposons, à travers ce guide, des décryptages et conseils pour ces projets de soins coordonnés.

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ
MÉDECINS LIBÉRAUX

05 PARTIE I - À LA DÉCOUVERTE DES PÔLES ET MAISONS DE SANTÉ

1. L'OFFRE DE SOINS EN QUESTION ... 06
2. DÉFINITION ... 07
3. L'ESPRIT DE LA LOI ... 09
4. UN PROJET COLLECTIF ... 11
5. QUEL PORTEUR DE PROJET ÊTES-VOUS ? ... 12
6. FAITES-VOUS ACCOMPAGNER ! ... 13

17 PARTIE II - DÉVELOPPER UN PÔLE OU UNE MAISON DE SANTÉ

1. S'INTERROGER SUR SES MOTIVATIONS ... 18
2. BIEN CONNAÎTRE SON ENVIRONNEMENT ... 19
3. CONSTITUER UN GROUPE DE TRAVAIL ... 20
4. CONCEVOIR UN PRÉ-PROJET ... 21
5. LE DIAGNOSTIC DE TERRITOIRE ... 22
6. LE PROJET DE SANTÉ ... 24
7. LE PROJET IMMOBILIER ... 30
8. LE VOLET JURIDIQUE ... 31
9. SOUTIEN FINANCIER ... 33

35 PARTIE III - FICHES PRATIQUES

- COORDINATION PROFESSIONNELLE ... 36
- F1 - PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS ... 36
 - F2 - SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉ (SIP) ... 39
 - F3 - FICHE DE POSTE COORDINATEUR DE MAISON DE SANTÉ
PLURIPROFESSIONNELLE (MSP) ... 41
 - F4 - ANIMER UN GROUPE ... 42
 - F5 - ANIMER UNE RÉUNION ... 44

PARCOURS DE SOINS ...	45
F6 - COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ...	45
F7 - PROTOCOLE DE COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE ...	46
F8 - INDICATEURS DE QUALITÉ ...	48
NOUVEAUX SERVICES PATIENTS ...	49
F9 - L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) ...	49
F10 - LA PRÉVENTION ...	51
ASPECTS JURIDIQUES ...	53
F11 - L'ASSOCIATION DE LOI 1901 ...	53
F12 - LA SOCIÉTÉ INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES (SISA) ...	54
F13 - LA SOCIÉTÉ CIVILE DE MOYENS (SCM) / LA SOCIÉTÉ CIVILE IMMOBILIÈRE (SCI) ...	55
MODÈLES JURIDIQUES ...	57
F14 - MODÈLES JURIDIQUES D'UNE MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE ...	57
SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT ...	58
F15 - CONTACTS ...	58
F16 - L'OFFRE DE L'URPS MÉDECINS ET DE LA FEMAS NORD ...	59
CARTOGRAPHIE ...	60
F17 - SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS) - VOLET AMBULATOIRE ...	60
F18 - MAISONS DE SANTÉ EN RÉGION ...	61
NOTES ...	62

À la découverte des pôles et maisons de santé

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels constituent avant tout :

- un projet de soins coordonnés porté par plusieurs professionnels de santé libéraux du 1^{er} recours (*au moins deux médecins et un auxiliaire médical*),
- élaboré en concertation avec l'ensemble des parties prenantes d'un territoire (*habitants, élus et acteurs locaux, Conseil régional, Agence Régionale de Santé, etc.*),
- centré autour du patient.

Objectif

Imaginer puis mettre en œuvre des :

- prises en charge spécifiques à certaines pathologies (*ex : suivi des patients sous AVK*), certains types de patients (*ex : personnes âgées*).
- actions destinées à répondre à des besoins (*ex : actions de prévention, formation de professionnels, etc.*).

L'ensemble de ces activités (*soins, prévention, formation, etc.*) constitue le projet de santé de la maison ou du pôle de santé, permettant de proposer de nouvelles réponses à des besoins en constante évolution.

À quoi correspondent précisément les maisons et pôles de santé ?
Comment se lancer ?
Quelles prérogatives ?
Nous vous proposons, à travers ce guide, des décryptages et conseils pour ces projets de soins coordonnés. •

I. L'offre de soins en question

Un contexte propice aux nouvelles organisations

L'offre de soins a été marquée ces dernières décennies par plusieurs facteurs :

- une baisse significative de la démographie médicale et une répartition inégale de l'offre de soins en France et au sein même des territoires,
- une transition épidémiologique (*Affections de Longue Durée*), vieillissement de la population, nouvelles prises en charge),
- une diminution du nombre des jeunes médecins intéressés par la médecine de ville et l'exercice libéral en cabinet individuel,
- un changement dans la gouvernance du système de santé : création des Agences Régionales de Santé (ARS), mise en place de politiques régionales de prévention, promulgation de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), etc. plus propices à la collaboration professionnelle,
- une volonté des pouvoirs publics de reconnaître le rôle des soins de premier recours, ainsi qu'à favoriser le développement de liens entre les soins de ville, l'offre médicosociale et l'offre hospitalière au service des habitants.

Pour renouveler les modes d'exercices, la Maison de Santé Pluriprofessionnelle est de plus en plus plébiscitée.

Si le terme maison de santé est utilisé depuis plus de trente ans pour désigner certaines cliniques ou établissements de santé, il a été redéfini pour désigner un nouveau mode d'exercice pluriprofessionnel, réglementé selon un cahier des charges national et traduit au sein d'un projet de santé commun, coordonné et adapté à un territoire donné.

In fine, les pôles et maisons de santé proposent une nouvelle façon de travailler et d'envisager l'exercice libéral (*médical et paramédical*), avec un statut juridique adapté, des rémunérations spécifiques en cours de négociation et une concertation avec les acteurs locaux.

Derrière la terminologie de « Maison », on favorise les notions d'**équipe pluriprofessionnelle**, de **coordination**, constituant le fondement de ces nouvelles formes d'organisation, et non automatiquement la notion de « murs », de lieu physique. •

2 Définition

3 types d'organisation régis par un cahier des charges national

Une maison de santé est avant tout un projet collectif, impliquant plusieurs professionnels, mené à l'échelle d'un territoire de proximité. Elle a pour objectif de favoriser une plus grande coordination des soignants lors de la prise en charge de certaines files actives de patients, dont notamment ceux atteints de maladies chroniques.

Concrètement, il s'agit d'un regroupement de professionnels de santé libéraux assurant des soins de 1^{er} recours et pouvant collaborer avec des professionnels du soin de second recours, du médico-social et de la prévention.

Ainsi, chaque professionnel exerce comme chacun de ses confrères non engagés dans une maison de santé. Leur spécificité ? Etre unis par un projet de santé qui établit, sur certaines pathologies, des modalités de prise en charge coordonnée des patients. Ces modalités sont elles-mêmes déterminées collectivement par tous les membres de la maison de santé, en éventuelle concertation avec les acteurs locaux. Des actions de prévention peuvent également être mises en place.

Ne pas confondre Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) avec Centre de santé, qui ne relève pas d'un mode d'exercice libéral.

A. La Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP)

Les professionnels de santé exercent dans un lieu commun poursuivant un projet de santé coordonné, élaboré ensemble et répondant aux attentes des patients mais aussi des institutions locales et régionales, engagées de façon volontariste dans des plans de santé publique.

B. La maison de santé pluri professionnelle éclatée

Dans le cas de la maison de santé éclatée, les professionnels exercent dans des lieux séparés mais restent reliés par une ambition commune et un système d'information partagé. Tout comme dans une maison de santé pluri professionnelle, leur travail suit un projet de santé coordonné.

C. Le pôle de santé

Le pôle de santé désigne l'organisation de plusieurs formes juridiques (*cabinets, maisons de santé, établissements de soins, réseaux de santé, etc.*) qui travaillent ensemble autour d'un même projet, sur une échelle plus territoriale.

En quelques mots, une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) doit :

- être portée par des professionnels de santé libéraux (2 médecins et un professionnel paramédical inscrit au Code de la Santé Publique),
- faciliter l'accès aux soins,
- assurer la continuité des soins,
- participer à la permanence des soins,
- s'engager dans un exercice coordonné, et mettre en place des outils favorisant cette coordination (*système d'information partagé, secrétariat partagé, réunions d'échanges, protocoles de soins, etc.*),
- s'engager dans la formation des professionnels,
- formaliser un projet de santé.

D'autres services peuvent également s'intégrer à un projet de Maison de Santé pluri-professionnelle, comme :

- La mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient,
- Des consultations avancées de spécialistes médicaux,
- Des actes de télémédecine (téléconsultations ou des téléexpertises ou télédiagnostics),
- La participation à des actions de santé publique (actions de sensibilisation ou de prévention collectives auprès de populations ciblées) •

3. L'esprit de la loi

Favoriser la coordination et la coopération

Les Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels encouragent la coordination, clef de voûte de la réussite des politiques de santé à l'échelle d'un territoire. Les premiers textes législatifs datent de 2008 et ont évolué pour soutenir les modèles d'expérimentations qui se construisent encore aujourd'hui.

A. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2008

L'article 44 de la LFSS 2008 rend possible, via une convention Agence Régionale de Santé (ARS) - professionnels, d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération (ENMR). Ce premier pas législatif a pour but d'impulser une coordination régulière entre professionnels de santé, et de favoriser l'initiative de coopérations thérapeutiques entre différentes professions soignantes (inscrites au Code de la Santé Publique).

B. La loi HPST de juillet 2009

Le deuxième axe de la loi vise à améliorer l'accès aux soins, par une meilleure approche territoriale et une volonté de lutte contre la désertification médicale. Il avance des mesures nouvelles dont le

renforcement des coopérations entre professionnels de santé libéraux, ainsi que le soutien du développement des Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels. Ces mesures prennent appui sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de 2007 (*ancien FIQCS, devenu aujourd'hui Fonds d'Intervention Régional FIR*), qui finance certaines études et équipements de coordination dans les différentes étapes de développement des projets.

C. La circulaire NOR N°EATV1018866C : le cahier des charges national des maisons de santé

Cette circulaire pose les bases des conditions et des procédures d'obtentions de subventions (*aux études préalables, aux investissements d'équipements et de fonctionnement*) pour les porteurs de projets qui souhaitent mettre en œuvre un projet de soins coordonnés au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Les critères et les points à aborder pour prétendre à ces aides sont détaillés dans les annexes de cette circulaire (*en particulier l'annexe III, qui présente le plan et les points attendus d'un projet de santé*).

D. La loi Fourcade d'août 2011

Ce texte modifiant la loi HPST de 2009 instaure la possibilité pour les professionnels de santé libéraux de s'organiser en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Ce nouveau type de société permet de simplifier les flux financiers des ressources perçues pour ce qui concerne la coordination et la coopération interprofessionnelles.

De même, ce texte de loi autorise les professionnels de santé à se partager des informations à caractère médical dans le cadre de leur projet de soins coordonnés.

E. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2013

La LFSS 2013 permet via son article 45 l'ouverture de négociations conventionnelles pluriprofessionnelles. Ces négociations ont pour objectifs de développer et généraliser des rémunérations complémentaires aux actes, lesquelles demeurent à l'heure actuelle expérimentales. Les Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR) seront donc, dans un avenir proche, ouverts aux équipes constituées en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

F. L'instruction N° DSS/2013/429 de 2013 : la reconduction et l'extension de l'ENMR

Cette instruction détaille les modalités d'inclusion d'une deuxième vague d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération, dans le but d'une part de prolonger l'expérimentation initiale pour les équipes qui y ont initialement pris part, et d'autre part de permettre à d'autres projets de santé mûrs d'aller plus loin dans la coordination pluriprofessionnelle, dans l'attente d'une généralisation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) prévue par la LFSS 2013.

À ce jour, l'ENMR est ainsi ouverte à 14 sites régionaux qui ont soumis leur candidature en 2009, 2010 et 2014 : Aniche, Anvin, Aulnoye-Lez-Valenciennes, Auxi-Le-Château, Croisilles, Denain, Fruges, Laventie, Lille, Maubeuge, Marquise, Outreau, Sin-Le-Noble, Steenvoorde. •

4. Un projet collectif

Travailler à plusieurs au développement d'une maison de santé implique d'avoir une conviction partagée : que le projet collectif vise à améliorer les conditions d'exercice de chacun et favoriser une prise en charge globale et coordonnée des patients.

Développer un projet de maison ou de pôle de santé est, par essence, une expérience collective. L'union fait la force. Les compétences de chacun pourront enrichir le projet. Une telle dynamique collective nécessite d'abord que tous les acteurs prennent conscience de l'importance de travailler ensemble, même si l'exercice libéral est souvent synonyme d'indépendance voire d'exercice individuel.

Les professionnels de santé, envisageant d'animer ensemble une maison de santé, collaborent déjà souvent depuis plusieurs années. Ils se connaissent et respectent les pratiques de chacun. Si l'expérience collective débute, un temps de partage et d'échange est vivement recommandé, afin de s'assurer d'une bonne communication et d'une vision du métier partagée.

Imaginer, concevoir, puis mettre en œuvre des actions de soins coordonnés nécessite en effet l'existence de forts consensus entre professionnels. Les buts visés et les plus-values attendues doivent être partagés dès le départ. La congruence des objectifs individuels ne suffit pas à animer une équipe de professionnels. La clef de la réussite reste d'avoir une dynamique afin de fédérer les énergies et les idées. Charge à un ou plusieurs professionnel(s) de santé d'assumer, sur une durée plus ou moins longue, ce rôle de moteur. •



Fiche pratique :

F1 - Professions de santé

5. Quel porteur de projet êtes-vous ?

Développer un projet nécessite un travail d'équipe. Pour être productive, une équipe a besoin d'un ou plusieurs porteur(s) de projet. Pas de maison de santé sans une ou plusieurs personne(s) motrice(s), centralisant les énergies.

En théorie, le porteur de projet s'impliquera le plus au démarrage. Il fera naturellement le consensus pour ses qualités humaines, professionnelles, etc. auprès de ses pairs. Son rôle ? Fédérer, motiver ou encore rassurer, proposer, écouter, traduire...

Le porteur de projet sera bien souvent le représentant privilégié du groupe auprès des autorités sanitaires et de tous les autres partenaires du projet sur le territoire (*réseaux de soins, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, autres cabinets médicaux, etc.*). Il sera également clairement identifié comme interlocuteur des élus locaux ou régionaux.

La fonction de porteur de projet nécessite beaucoup de temps et d'énergie. Elle implique aussi la capacité à mobiliser les membres

d'une équipe au sein d'un projet.

Dans les faits, plusieurs profils de porteurs de projets semblent se détacher :

- La « locomotive », avançant rapidement, parfois même plus vite que le groupe, entraînant derrière lui les autres professionnels.
- Le « consensuel », cherchant toujours à obtenir l'adhésion du plus grand nombre, à chaque étape clé.
- Le « délégateur », s'appuyant sur les compétences spécifiques de chacun.

Chaque profil, bien sûr, a ses forces... et ses faiblesses. L'idéal étant que le porteur de projet puisse combiner un peu des trois à la fois.

Et vous, quel porteur de projet êtes-vous ? •

6. Faites-vous accompagner !

Tous les 5 ans, l'Agence Régionale de Santé (ARS) arrête avec l'aide de professionnels de santé et d'instances représentatives un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Dans son volet ambulatoire, ce schéma met en exergue des territoires où la situation démographique (*médicale et paramédicale*) est préoccupante, voire difficile. Ces territoires, désignés comme « *en difficulté* », voire « *fragiles* » bénéficient prioritairement d'aides et d'accompagnements.

Le Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais qui a adopté une politique volontariste de santé et de prévention, ainsi que l'Agence Régionale de Santé, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), et l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URPS - ML) ont uni leurs ressources et constituent un guichet unique régional dans l'accompagnement et l'aide des projets de pôles et maisons de santé : la Cellule d'Appui Technique. •

Organisme	Type d'aides ou d'accompagnements	Qui peut en bénéficier ?	Conditions ?
Agence Régionale de Santé (ARS)	Conseil et proposition d'accompagnement	Tous les professionnels	x
	Conseils et appui méthodologique pour la mise en place et la conduite du projet	Tous les professionnels	x
	Information sur la démographie médicale et paramédicale et les projets en cours sur le territoire	Tous les professionnels	x
	Financement d'études d'opportunité et d'accompagnement à la formalisation du projet de santé ou de missions d'ingénierie spécifiques	Tous les professionnels, en priorisant les besoins des zones en priorisant les besoins des zones en difficultés	Avoir une équipe pluriprofessionnelle unie autour du projet

Organisme	Type d'aides ou d'accompagnements	Qui peut en bénéficier ?	Conditions ?
Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS ML)	Réalisation d'études d'opportunités (Maisons et Pôles de Santé)	Tous les professionnels, en priorisant les besoins des zones en difficultés	Avoir un noyau de professionnels prêts à s'engager dans une réflexion
	Accompagnement à l'élaboration du projet de santé	Tous les professionnels, en priorisant les besoins des zones en difficultés	Equipe pluriprofessionnelle engagée dans la réflexion
	Formation des professionnels à l'élaboration de projets de santé	Les professionnels souhaitant porter un projet de maison ou de pôle de santé (particulièrement ceux n'étant pas dans une zone en difficultés)	x
	Formation des professionnels à l'Education Thérapeutique du Patient	Tous les professionnels, quelle que soit leur zone dans le SROS	En informer l'ARS et en faire la demande à l'URPS
	Accompagnement dans les demandes de financements	Tous les professionnels, en priorisant les besoins des zones en difficultés	Equipe pluriprofessionnelle engagée dans la réflexion

Organisme	Type d'aides ou d'accompagnements	Qui peut en bénéficier ?	Conditions ?
Conseil régional Nord-Pas de Calais (sous réserve des orientations définies par le conseil régional élu en décembre 2015)	Subventions d'études ou de missions d'ingénierie spécifiques	Les professionnels se trouvant dans une zone en difficultés dans le SROS	Avoir une équipe pluriprofessionnelle unie autour du projet qui collabore avec les élus publics du territoire (mairie, intercommunalités, etc.)
	Subventions immobilières	Tous les professionnels, en priorisant les besoins des zones en difficultés	Projet de soins validé par l'ARS, Portage public du projet Projet de santé de territoire comprenant un axe prévention et promotion de la santé
	Conseils et dialogues pluriprofessionnels, partenariaux	Tous les professionnels, en priorisant les besoins des zones en difficultés	NA
Mutualité Sociale Agricole (MSA)	Accompagnement des équipes de soins dans la réalisation d'un projet d'organisation d'offre de soins (étude d'opportunité et de faisabilité, projet de santé, etc.)	Les professionnels de santé et acteurs locaux en zone rurale	Réflexion menée par les acteurs locaux des territoires ruraux



Fiche pratique :
F15 - Contacts

Développer un pôle ou une maison de santé

Pourquoi agir ?

Quel constat de départ ?

Quels besoins identifiés ?

Le projet d'un pôle ou d'une maison de santé part d'un besoin. Dans tous les cas, ce besoin identifié s'inscrit dans une logique d'offre de soins aux habitants.

Un projet de type maison ou pôle de santé pluri professionnel(le) va modifier une situation de départ : existence préalable d'un cabinet de groupe ? Travail isolé de plusieurs professionnels ? Départ en retraite non compensé ? etc. •

1. S'interroger sur ses motivations

Développer un projet de pôle ou maison de santé demandera du temps. Le projet de santé de l'équipe de soins pluriprofessionnelle constituera un élément structurant pour la maison ou le pôle de santé. Pour partir sur de bonnes bases, il convient d'identifier au préalable ses motivations.

De manière générale, les professionnels identifient trois grandes typologies de « situation de départ » :

1. la nécessité de répondre à un besoin prégnant des publics *(exemple : diagnostic tardif des BPCO),*
2. la nécessité de répondre à un problème rencontré par l'équipe *(exemple : augmentation du temps de travail),*
3. la volonté de se développer ou de porter une innovation *(exemple : faire évoluer ses pratiques de soins en mettant en place des actions d'éducation thérapeutique).*

Lister vos motivations originelles vous permettra de vous poser les questions à même de vous apporter des réponses opérationnelles.

- Pour envisager de résoudre un problème, vous devrez chercher à mieux comprendre les causes de celui-ci *(exemple : pourquoi les BPCO sont-elles sous diagnostiquées ?),*
- Pour envisager de résoudre un problème d'organisation, vous gagnerez à évaluer les forces et faiblesses dans la structure actuelle *(exemple : comment sont gérées les tâches administratives ?),*
- Pour se développer, il sera utile de vérifier si vos ambitions correspondent bien aux attentes de votre (ou vos) public(s) *(exemple : vos patients diabétiques gagneraient-ils à bénéficier d'éducation thérapeutique ?).*

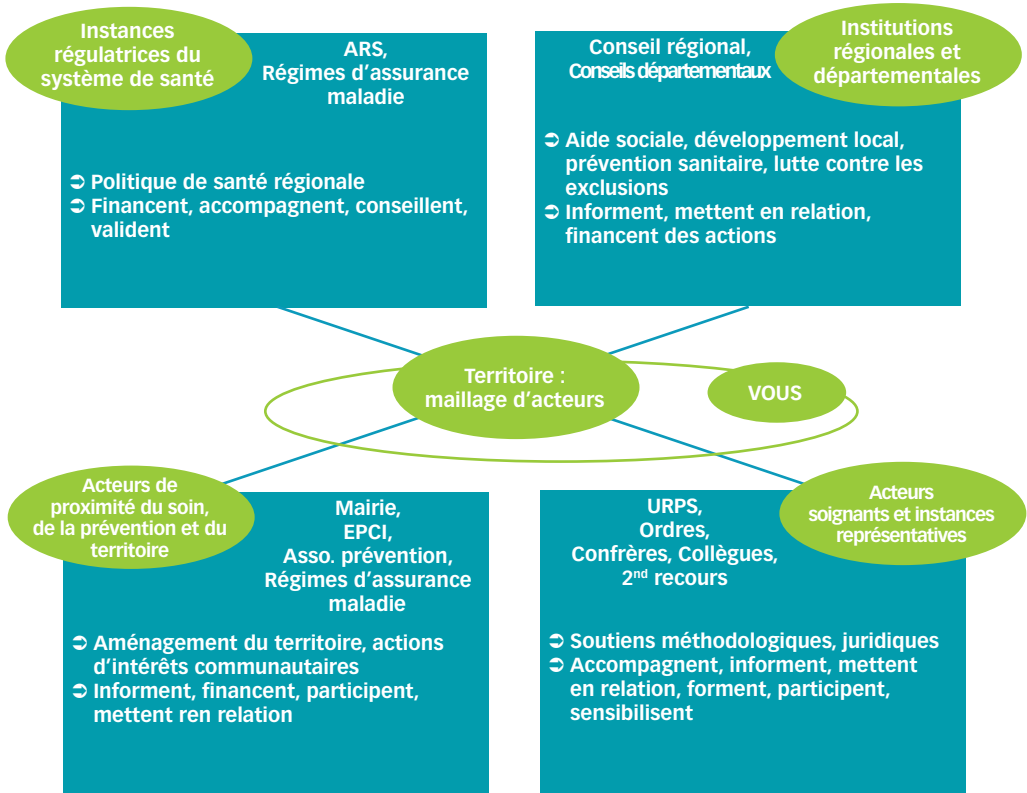
Répondre à ces questions vous engagera dans une démarche de diagnostic. L'étude de votre environnement (professionnels du territoire, problématiques de santé rencontrées par les patients, etc.) en constituera la première étape. •

2 Bien connaître son environnement

Un projet d'offre de soins s'inscrit obligatoirement dans une logique de territoire : il s'agit de prendre en compte les ressources existantes et

d'identifier les problématiques de santé et d'offre de soins. Les institutions locales, départementales et régionales sont là pour vous aiguiller. •

Les principaux interlocuteurs du territoire :



L'élaboration du projet de santé (partie 6) :

- identifier les besoins
- définir des objectifs
- apporter des réponses aux problématiques du territoire

3. Constituer un groupe de travail

Un groupe de travail permet d'engager les parties prenantes dans la réflexion. Il est un lieu d'échanges et de partage, pour penser et structurer le projet de santé, définir des orientations communes en termes de prises en charge ou de public à cibler, se répartir les tâches à accomplir (recherches juridiques, écriture, contacts à prendre et prises de rendez-vous, etc.), ou encore faire des points d'étapes sur l'avancée du projet.

Le groupe de travail peut œuvrer en lien si nécessaire avec les acteurs publics locaux ou régionaux. La constitution d'un groupe de travail est une étape primordiale à ne pas négliger dans la construction du projet. Voici quelques conseils pratiques.

La méthodologie

Un groupe de travail est formé d'un échantillon représentatif des professionnels de santé libéraux présents sur le territoire de proximité. Ses membres - au maximum 8 personnes - sont choisis en fonction de la thématique que l'on souhaite aborder.

Les étapes clés

- Identifier la ou les thématique(s) pour le groupe de travail,
- Identifier les professionnels impliqués,
- Proposer aux professionnels d'intégrer le groupe de travail,
- Veiller à ce que chaque profession impliquée dans le projet soit représentée. •



Fiches pratiques :

F4 - Animer un groupe

F5 - Animer une réunion

4. Concevoir un pré-projet

Un pôle ou une maison de santé pluri-professionnel(le) vit en interaction avec son territoire. L'ensemble du projet se construit autour des patientèles des professionnels de santé et des populations du territoire. Il est donc important de commencer par soulever les problématiques inhérentes aux patientèles que les professionnels peuvent être amenés à partager (santé, accès aux soins, etc.).

Si les professionnels de santé souhaitent initier dès le début de leur projet une démarche plus étendue, ou s'ils souhaitent s'ouvrir à la santé publique, il peut être pertinent d'associer les différents acteurs du territoire, qu'ils soient professionnels de santé installés mais aussi habitants et élus locaux, en vue d'étudier les possibilités de mise en œuvre du projet.

Le projet de pôle ou de maison de santé a une incidence directe sur la vie locale qui dépasse, stricto sensu, l'activité médicale. L'offre de santé développée peut notamment avoir des conséquences sur l'attractivité d'un territoire. En rapprochant les services de santé de la population, les équipes de soins fédérées autour du projet concourent au maintien des populations sur certaines zones rurales, voire à l'installation de nouveaux habitants, etc. La meilleure organisation du système de santé local apporte une réelle notion de service ajouté.

Réussir à s'implanter sur un territoire nécessite donc de nouer des partenariats durables avec l'ensemble de ses acteurs, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou

médico-sociaux. Il est également utile de générer des synergies avec les élus des collectivités territoriales. Elles sont capables d'apporter des réponses, de mobiliser les conditions de réussite en facilitant l'obtention de ressources. Le projet doit donc être pensé dès le départ dans un esprit collaboratif, pour permettre à chacun d'être constructif.

Mettre en place un comité de pilotage

Pour générer un travail collaboratif, l'un des principaux outils consiste à mettre en place un comité de pilotage. Cette structure de gouvernance sera bénéfique dans toutes les phases de construction d'un projet, pour le peu qu'il **soit soutenu par une collectivité locale ou un partenaire public.**

L'objectif est d'y réunir l'ensemble des acteurs de territoire et de santé concernés et de les impliquer dans le projet. Dans le comité de pilotage, on trouvera donc des élus municipaux, communautaires ou régionaux ainsi que les agents techniques, les professionnels de santé ou leurs représentants, les partenaires sociaux ou médico-sociaux (*éventuellement issus des instances régionales*).

Dans sa philosophie, le comité de pilotage ou « COPIL » veille à la viabilité du projet et travaille à son avancement. Ce travail commun permet de lever toutes les ressources disponibles, d'anticiper toutes les étapes et de ne négliger aucun aspect du projet en faisant appel à l'expertise de chacun. •

5. Le diagnostic de territoire

Faire une analyse globale de la situation locale permet de cerner les besoins et les attentes à la fois des professionnels et de la population, sans oublier celles des collectivités locales. Cette analyse permet également de délimiter le territoire de votre projet.

A. S'appuyer sur le territoire pour construire son projet

Dans l'optique d'élaborer un projet de santé solide et évolutif, il est intéressant d'observer la patientèle et le territoire de manière dynamique, dans le temps et l'espace.

- **La patientèle** : Analyser les besoins de la patientèle partagée permet de cibler des problématiques de santé (*pathologies chroniques ou difficultés d'accès aux soins*) ou certains publics (*personnes âgées, personnes polypathologiques et/ou isolées*) afin de construire des réponses coordonnées à inscrire dans le projet de santé (*via des parcours de soins, un partage d'informations plus accru, ou encore la mise en place de programme d'éducation thérapeutique du patient*).
- **Le territoire** :
 - **La population** : Analyser les évolutions démographiques et les pathologies fréquentes permettra au projet de santé d'orienter des actions à vocation préventive sur les besoins de la

population. Les ressources des acteurs institutionnels de santé apporteront de précieuses données.

- **Les collectivités** : Pour mieux définir un projet de santé adapté aux orientations territoriales, mieux vaut connaître les projets des collectivités concernant l'aménagement du territoire, ainsi que les investissements qui peuvent y être associés. Les élus locaux comme régionaux peuvent être des interlocuteurs privilégiés.
- **Les professionnels et structures environnantes** : Un recensement des ressources sanitaires et médico-sociales environnantes (*différents recours de soins, milieux sociaux et médico-sociaux - incluant les réseaux de soins*) semble pertinent dans le cas d'une recherche de liens.

Pour le diagnostic de territoire, vous pouvez également vous rapprocher de votre municipalité ainsi que des acteurs locaux

Exemple : Ateliers Santé-Ville, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Contrat Local de Santé (CLS), Coordination Programme Local de Prévention du territoire, etc.

B. Sélectionner les informations adéquates

Chaque territoire possède ses propres particularités. Les éléments suivants peuvent servir de base pour l'analyse. Ils pourront être enrichis d'informations et d'indicateurs jugés pertinents en fonction des spécificités de votre patientèle et de votre territoire.

• Analyse des flux de patientèles

Patientèles partagées par les professionnels de santé (nombre approximatif et types de patients, pathologies prédominantes, catégories socio-professionnelles prédominantes, capacité de mobilité des patientèles, problématiques particulières propres à vos patientèles et à votre territoire, etc.)

• Analyse du territoire

- Offre de soins de 2nd recours et ressources libérales environnantes.
Spécialités médicales, laboratoire d'analyses médicales, etc.
- Structures de prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales environnantes.
Services hospitaliers, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), services d'aides à domicile, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), réseaux de soins, Centre Communal d'Action Social (CCAS), etc.
- Dispositifs porteurs d'actions de prévention ou de santé publique accessible sur le territoire.
Associations, réseaux de santé, etc. •



Les ressources internet :

• Démographie du territoire et statistiques socio-économiques :



<http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm>

www.insee.fr > Bases de données > Statistiques locales

• Cartosanté :

<http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/CartoSant.92742.0.html>



• Cartographie de l'offre hospitalière :



http://carto-ets.atih.sante.fr/index_reg.php?reg=31

• L'atlas régional de la Santé :

http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/ARS_Actu/DSEE_-_Atlas_2015.pdf



• L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) :



<http://www.orsnpdc.org/>

6. Le projet de santé

Le projet de santé se conçoit pour définir précisément les réponses apportées par les professionnels aux problématiques de santé et/ou d'accès aux soins touchant leurs patientèles et les populations d'un territoire. Le projet de santé servira à détailler les actions que souhaitent porter l'équipe pluriprofessionnelle libérale ainsi que l'organisation (fonctionnelle, juridique) qu'elle souhaite adopter.

A. Comment conçoit-on un projet de santé ?

• Identifier les besoins

Comme vu précédemment, les professionnels de santé libéraux du territoire sont en mesure de connaître les besoins de soins des patientèles et des populations. Outre ces connaissances, ils peuvent également s'appuyer sur un diagnostic plus global de leur territoire en incluant les partenaires publics, menant des actions d'envergure plus importante à l'échelle de leur territoire.

Exemples de priorités de santé : les comportements addictifs, les syndromes dépressifs et troubles du psychisme (chez l'adulte ou l'adolescent), les pathologies cardiovasculaires et leur suivi à domicile, le diabète (type I, type II), les cancers des voies aéro-digestives supérieures et leur suivi, etc.

Exemples de problématiques d'accès aux soins : manque de dépistage de la rétinopathie diabétique sur le territoire, manque de praticiens en gynécologie ou en ophtalmologie, recrudescence d'IST et de grossesse non désirées, etc.

• Se fixer des objectifs

Une fois l'identification des problématiques effectuée, éventuellement en partenariat avec l'ensemble des acteurs du territoire, les professionnels se fixent des objectifs.

Les intérêts sont multiples :

- offrir aux patients et à la population une prise en charge globale et sans rupture,
- avoir une vision des points à atteindre pour améliorer la qualité de la prise en charge,
- gagner en confort dans l'exercice professionnel quotidien,
- motiver l'équipe pluri-professionnelle en fonction des problématiques à traiter.

Les objectifs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs, et faire l'objet d'une évaluation à court, moyen ou long terme.

Exemples d'objectifs : améliorer le suivi pluri-professionnel des personnes âgées diabétiques à domicile, favoriser le repérage précoce de la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) via des campagnes de dépistage, étendre la couverture vaccinale sur le territoire, améliorer la prise en charge des patients après une hospitalisation (échanges ville-hôpital), etc.

• **Apporter des réponses**

Dans la dimension opérationnelle d'un projet de santé, ces réponses concernent les actions concrètes à mettre en œuvre, par problématique de santé ou d'accès aux soins, en accord avec les grandes orientations politiques locales et régionales.

L'équipe pluri-professionnelle devra alors se poser un certain nombre de questions pour définir ces réponses :

- Comment améliorer la coordination entre soignants de proximité ?
- Faut-il développer de nouveaux outils ?
- Quelles synergies à trouver avec les autres acteurs ?
- Est-il possible de s'appuyer sur un

partenaire externe ? Si oui, le(s) quel(s) ?

- Evaluer

Afin d'apprécier les résultats et d'adapter les orientations, un temps d'évaluation est nécessaire. Il passera au crible les besoins de départ, les objectifs fixés et les réponses mises en œuvre. L'équipe pourra s'appuyer sur un certain nombre d'indicateurs de santé publique et de métiers afin de mettre en avant les points forts et de proposer des axes d'amélioration du projet de santé (*HgB prescrites, prescriptions d'antibiotiques, taux d'hospitalisation des patients suivis pour une pathologie chronique, réunions et formations pluri-professionnelles, etc.*).

Thématiques	Actions	Acteurs	Partenaires
Soins et suivi	Améliorer le suivi des patients diabétiques à domicile par la formalisation d'un partage d'informations / point de coordination périodique	Médecin IDE Podologue	
Éducation Thérapeutique du Patient	Dispenser des ateliers d'ETP centrés sur la pathologie diabétique sur une file active de patients sélectionnés de manière pluri-professionnelle	Médecin IDE Kinésithérapeute Diététicienne Podologue Pharmacien	
Accompagnement social	Accompagner la population dans les démarches administratives liées à leur prise en charge	Personne référente pilote	Permanence assistante sociale Permanence CCAS

B. Comment écrit-on un projet de santé ?

Le **projet de santé** prend la forme d'un document et s'établit de manière pluri professionnelle, avec l'ensemble des soignants impliqués dans la dynamique.

Le projet de santé peut se rédiger selon le plan qui est précisé ci-après. Vous trouverez dans chaque partie les points à préciser. Chaque élément de précision est proposé dans un souci de couvrir un grand nombre de cas de figures, mais ne constitue pas une opposabilité particulière à l'écriture de votre projet, ce dernier restant à l'image des aspirations de votre équipe et des possibilités présentes sur votre territoire. •

PRÉAMBULE

- Le contexte qui a amené les professionnels à vouloir s'engager dans un projet collectif.
- « L'historique » de l'équipe si les professionnels ont des habitudes (*cabinets de groupe, pratiques coordonnées*) antérieures à la formalisation du projet de santé.
- La présentation des caractéristiques de la patientèle de la maison de santé et des besoins de santé du territoire (« *diagnostic de territoire* »).
- Type de projet (*maison de santé sur lieu unique ou éclatée, pôle de santé*).
- Objectifs du projet de santé (*exemples : améliorer l'accès aux soins ? Favoriser le recours aux*

soins de la population ? Contribuer au maintien de l'offre de soins de premier recours ? Renforcer la coordination pour améliorer la qualité de vie professionnelle ? etc.).

I. PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE SOINS DE 1^{ER} RECOURS

a. Membres de l'équipe pluriprofessionnelle

- La composition nominative de l'équipe pluri-professionnelle de soins de 1^{er} recours.
- Qualité des professionnels (*médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...*) et éventuelle sur spécialisation de chaque professionnel cité (*DU*).
- Conventionnement (*secteur à préciser*).
- Engagement éventuel de certains membres de l'équipe dans la formation professionnelle et la recherche (*formation réalisée/ envisagée/souhaitée, dates éventuelles*).
- Indication des professionnels maîtres ou tuteurs de stage (*année de formation, type de stagiaires accueillis, etc.*).
- Personne(s) référente(s) pour le projet et coordonnées (*téléphone, mail, adresse de la maison de santé*).

b. Structuration juridique du projet

- Association loi 1901 formée ou en cours de formation pour porter le projet de santé.

- Sociétés civiles (*professionnelles, de moyens ou immobilières si projet immobilier éventuel, etc.*) pour la gestion du fonctionnement de la maison de santé.
- Formalisation de Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

II. MODALITÉS D'ORGANISATION DES PROFESSIONNELS POUR RÉPONDRE À L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA PERMANENCE DES SOINS

a. Accès aux soins

- Amplitude horaire d'ouverture de la maison de santé (*heures et jours*).
- Organisation des professionnels pour répondre aux demandes de soins non programmées en journée (*présences et permanences éventuelles au sein des locaux*).
- Accessibilité pour personnes en situation de précarité (*pratique du tiers payant*).

b. Structuration juridique du projet

- Professionnels bénéficiant de remplaçants (*par un membre de l'équipe, par un remplaçant extérieur, etc.*) pour les journées de repos et les périodes de congés.
- Présence éventuelle de collaborateurs libéraux.

c. Permanence des soins ambulatoires

- Participation des professionnels de santé au dispositif de permanence

des soins :

- Secteur de garde.
- Existence éventuelle d'une maison médicale de garde.

III. PRISES EN CHARGE COORDONNÉES IDENTIFIÉES PAR L'ÉQUIPE DE SOINS PLURIPROFESSIONNELLE

Présentation, sur la base des éléments relevés dans le diagnostic et des pratiques des professionnels de santé, des thématiques prioritaires identifiées pour lesquelles l'équipe souhaite formaliser une prise en charge coordonnée de leurs patients.

Exemples :

- *Les patients diabétiques de type II sans complications sévères.*
- *Les personnes âgées polypathologiques à domicile de plus de 75 ans.*
- *Le traitement et le suivi clinique des plaies chroniques à domicile.*
- *Les patients à risques ou atteints de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).*

IV. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ACTIONS, OUTILS DE COORDINATION ET PRATIQUES INNOVANTES PAR THÉMATIQUE PRIORITAIRE IDENTIFIÉE

Présentation pour chaque thématique prioritaire :

- Des actions que les professionnels souhaitent entreprendre afin de répondre à la thématique prioritaire identifiée.
- Des outils et pratiques déjà mis en place par l'équipe pour prendre en

charge de façon coordonnée le patient : documents de suivi patient, consultations croisées, partage de dossier si existant, etc.

- Des nouveaux outils de coordination et pratiques que l'équipe souhaite développer dans le cadre de la maison de santé : réunions de concertation autour de cas complexes (*professionnels concernés, fréquence prévisionnelle*), système d'information partagé (*équipement et logiciel(s) souhaité(s), professionnels concernés*), protocoles de prise en charge coordonnée, etc.

➤ **Pratiques innovantes mobilisables :**

- Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).
- Coopérations interprofessionnelles
- Télémédecine (*téléconsultation, télé-expertise, etc.*).
- Coopérations externes / partenariats extérieures.

Pour chaque prise en charge, seront en outre précisés le référent de l'action, les professionnels associés (au sein et en dehors de l'équipe pluriprofessionnelle de soins de proximité)

Exemple :

Thématique prioritaire : *Le traitement et le suivi clinique des plaies chroniques à domicile.*

Action : *Déployer un parcours de soins coordonnés de suivi de patients*

présentant des plaies chroniques (parcours non dérogoatoire aux décrets de compétences en vigueur).

- **Professionnels impliqués :** médecins généralistes, infirmières, pharmaciens.
- **Référent de l'action :** Dr Hippocrate, médecin généraliste.
- **Publics cibles :** les patients nécessitant une prise en charge à domicile (*personnes âgées, personnes peu mobiles*) et les patients diabétiques nécessitant une prise en charge pour une ou plusieurs plaies.
- **Objectifs généraux :** améliorer la prise en charge par une coordination pluriprofessionnelle, valoriser et partager l'expertise infirmière sur le soin et la prise en charge des plaies.
- **Objectifs opérationnels :** transmettre efficacement l'information au sein de l'équipe, tracer les prescriptions médicales et observations dans le dossier partagé informatique.
- **Résultats escomptés :** relai rapide des alertes, adaptation rapide et pluriprofessionnelle de la prise en charge, diminution d'apparition de plaies complexes, maîtrise accrue des plaies complexes existantes.
- **Outils de coordination existants:** notes laissées aux médecins, échanges téléphoniques et échanges au cabinet.
- **Outils de coordination à mobiliser :** système d'information partagé.

- **Modalités d'évaluation** : l'action pourra être évaluée grâce à la surveillance de quatre indicateurs:
 - le taux de recours à une consultation de chirurgie vasculaire,
 - le taux d'hospitalisation,
 - le taux d'antibiotiques prescrits.
- **Conditions de faisabilité** : le parcours de soins coordonnés pourra être déployé si l'équipe acquiert un système d'information partagé, accompagné d'une formation adaptée.
- **Échéance prévisionnelle de mise en œuvre** : 201X.

V. NOUVEAUX SERVICES AUX PATIENTS

a. Outil immobilier

- Exposition des caractéristiques (*métrage et plans fonctionnels*) du nouveau bâtiment en projet ou en cours de construction
- Accessibilité des personnes à mobilité réduite
- Présence éventuelle d'une salle commune

b. Partenariats envisagés

- Consultations avancées de soins spécialisées de second recours (*fréquence des vacations, date éventuelle de mise en place, professionnel pressenti, etc.*).
- Vacations de professionnels médico-sociaux ou sociaux locaux (*assistantes sociales, permanence CPAM, etc.*).

c. Action de santé publique ou de prévention

- Souhait de déployer des campagnes de prévention particulières (*affichage, sensibilisations collectives de patients, attention particulière lors des consultations individuelles sur un public ciblé, etc.*) : date éventuellement envisagée
- Mobilisation des ressources locales (*associations locales, municipalité, intervenants extérieurs, infirmière scolaire, etc.*) pour des sensibilisations ou collectives sur des publics ciblés.

NB : Vous pourrez placer en annexe un planning global de mise en œuvre de votre projet, ainsi que des hypothèses financières agrémentées de devis, en cas de demande de soutien.

7 Le projet immobilier

Il se peut qu'un regroupement total ou partiel des membres de l'équipe soignante soit souhaité par les professionnels de santé. Si des soutiens vous semblent nécessaires à la concrétisation de cette partie du projet, des points de vigilance sont à observer. Voici quelques informations pour mener à bien votre projet immobilier.

1. Évaluer les besoins

- ⇒ Espace et aménagements
- ⇒ Infrastructures personnelles existantes
- ⇒ Perspectives de développement immobilier à long terme

Points importants :

- Agir en concertation.
- Prendre appui sur la réalisation d'études et d'expertises immobilières / architecturales (potentiellement finançables Cf. partie II - 9. Soutien financier).

2. Les partenaires

EPCI, Mairie

- ⇒ Les acteurs publics du territoire peuvent représenter une opportunité dans l'initiation de votre projet immobilier.

Aides envisageables :

- Inclure le projet de maison de santé dans un projet local (éco-quartier par exemple).
- Céder du terrain à des prix en deçà du marché de foncier.
- Aider à obtenir des subventions en portant ou co-portant le projet.

3. Comment financer son projet ?

Un financement mixte est difficile à obtenir

Public
Locataire

Privé
SCI propriétaire,
Organisation pluri
professionnelle

Qui peut financer ?

⇒ Subventions et fonds

Conseil Régional, État et autres fonds de financements publics.

⇒ Répartition professionnels / partenaires

Le projet immobilier lie ses parties prenantes à la hauteur des investissements qu'elles réalisent.

- ⇒ Sans garantie de subventionnements, si les professionnels choisissent de porter le projet immobilier en s'associant : prévoir un autofinancement à 100% •



8. Le volet juridique

Une MSP est composée de plusieurs personnes morales. Certaines seront dédiées à la gestion immobilière, d'autres à l'organisation des soins ou au partage de moyens.

Les formes juridiques de gestion immatérielle

L'association loi 1901

Cette forme juridique permet le pilotage du projet par des acteurs d'horizons différents (*professionnels libéraux, organisme public, représentants d'usagers, réseaux de santé, ...*).

Les membres de l'association en échange de leur cotisation annuelle se réunissent pour une certaine durée "dans un but autre que de partager des bénéfices" : *favoriser la formation pluriprofessionnelle sur le territoire, initier un projet de santé sur le territoire, créer une maison de santé pluriprofessionnelle, aider à la mise en place d'actions de santé publique à l'échelle de la commune, etc.*

Elle laisse une grande liberté dans l'objet et le but que peuvent poursuivre les individus qui s'associent à ce contrat.

Une association loi 1901 peut réaliser des bénéfices et exercer une activité économique, mais elle ne peut distribuer ses bénéfices à ses membres à plus d'un tiers du SMIC mensuel. Elle peut en revanche salarier une personne susceptible de concourir à la réalisation de son ou ses objet(s).

La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA)

La SISA est la forme juridique adaptée aux MSP et permettant la perception des nouveaux modes de rémunération.

Créée entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien, elle permet l'exercice et la mise en commun d'activités de coordination, d'éducation thérapeutique du patient ou encore de coopération entre les professionnels de santé. Elle peut permettre également la mise en commun de moyens, pour faciliter la mise en œuvre de ces activités.

Il est important de noter que la SISA ne concerne que les rémunérations nouvelles et les éventuelles subventions allouées pour la réalisation des activités communes de coordination ou d'éducation thérapeutique. Elle ne perçoit en aucun cas les honoraires que les professionnels touchent du fait de leur activité personnelle (*les actes*).

Les formes juridiques de gestion matérielle

La Société Civile de Moyens (SCM)

L'objet de la SCM est de fournir à ses membres des moyens et/ou prestations de services supports à la réalisation de leur activité. Les associés peuvent être des personnes physiques et/ou des personnes morales.

La SCM constitue une personne morale à part entière, distincte de celle des

associés ; elle peut donc réaliser des investissements et contracter des baux, contrats de travail, ... en son nom.

Les associés (2 au minimum, personnes morales ou physiques) sont responsables indéfiniment et conjointement à l'égard des tiers.

La Société Civile Immobilière (SCI)

L'objet social, qui figure dans les statuts de la SCI, doit demeurer civil, à savoir : la construction, l'achat ou bien la gestion d'un bien immobilier.

Les associés sont responsables personnellement des dettes de la SCI et ne sont pas propriétaires du bien.

L'apport en capital est limité, il n'y a pas d'indivision, la transmission du patrimoine est facilitée, le patrimoine de la SCI est dissocié de celui du professionnel de santé.

La solution la plus simple en termes de lisibilité (notamment pour l'attribution de subventions) serait que la Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) soit propriétaire de ses locaux.

Pour cela, il peut être envisagé la création d'une société civile immobilière (SCI) entre les professionnels de santé participant à la maison de santé.

Structurer le projet immobilier sous la forme de Société Civile Immobilière (SCI) reste a priori la solution la plus simple :

1. Un associé peut rester propriétaire des parts de SCI après son départ en retraite et en tirer un loyer.
2. Il peut vendre des parts de SCI à ses anciens associés ou à des tiers. La SCI peut elle même vendre le bien immobilier. •



Fiches pratiques :

F12 - Association loi 1901

F13 - SISA

F14 - SCM / SCI

9 Soutien financier

Les professionnels de santé portant un projet de santé sur leur territoire peuvent, sous certaines conditions, bénéficier de soutiens financiers de la part de l'Agence Régionale de Santé.

Quelles sont les aides dont vous pouvez bénéficier ?

Nature du soutien financier	Critères minimaux
Subvention à l'équipement d'espaces de coordination	Le projet de santé répond aux « critères socles » minimaux requis pour les MSP décrits dans l'annexe 3 du cahier des charges national des MSP
Subvention au déploiement du Système d'Information Partagé (SIP)	

Les critères minimums pour tout soutien financier

Pour optimiser les possibilités de financements et d'aides de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans l'élaboration de votre projet, il est important de veiller à ce que le projet de santé :

- Engage les professionnels de santé concernés,
- Soit en cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et son volet ambulatoire,
- S'appuie sur le territoire dans lequel il s'inscrit, avec une analyse des problématiques de santé inhérentes à ce dernier.

Les accompagnements et aides financières potentiellement mobilisables vous permettront ainsi de mettre en œuvre votre projet de santé

au plus près de vos besoins, tout en s'inscrivant dans le cadre des politiques publiques.

La cartographie établie dans le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) met en évidence des zones territoriales (64 au total dans la région Nord-Pas-de-Calais dont 54 en difficultés et 10 fragiles) où la démographie des professions de santé libérale soulève de fortes incertitudes quant au maintien de l'offre de soins de 1^{er} recours.

Les aides mobilisables auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) sont prioritairement destinées à ces 64 zones. Une attention est toutefois portée aux initiatives qui pourraient émerger hors de ces territoires. •

PARTIE III

Fiches pratiques

Coordination professionnelle



F1 - Professionnels de santé concernés

Compétences

Biologiste

Le biologiste est au contact des patients, des médecins prescripteurs, des infirmiers, des pharmaciens et bien sûr des établissements de soins (cliniques, Hôpitaux, EHPAD).

Les actes de biologie sont partie intégrante du diagnostic (diagnostic, prévention, dépistage) dans de nombreux domaines aussi variés que l'hématologie sanguine, la biochimie, l'hormonologie, la sérologie infectieuse (bactérienne, parasitaire et virale), l'infectiologie, la spermologie et ceci dans tous les domaines de la médecine (médecine générale et spécialités). Le rôle du biologiste est également important dans le suivi et la surveillance de l'efficacité de nombreux traitements. Dans l'intérêt médical du patient, il travaille en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé.

Chirurgien dentiste

Le chirurgien dentiste est habilité à soigner les pathologies acquises et congénitales de la bouche, des dents, des gencives, des maxillaires et tissus attenants. Il met à disposition de ses patients un plateau technique lourd pour réaliser ces actes médicaux dans des conditions garanties d'hygiène et de sécurité.

Diététicien

Le diététicien apporte sa compétence scientifique et technique pour assurer la qualité des aliments et des préparations alimentaires, l'équilibre nutritionnel, l'établissement de régimes sur prescription médicale et le respect des règles d'hygiène. Il travaille en collaboration avec des médecins, des gestionnaires ou des chercheurs.

Infirmier

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques ainsi que la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Masseur kinésithérapeute rééducateur

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de

prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin prescripteur le bilan (diagnostic kinésithérapique, choix des actes et des techniques et objectifs de soins) ainsi que toute information susceptible d'être utile. À l'issue de la dernière séance, le bilan est complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique.

Médecin

Les fonctions du médecin traitant concernent :

- Le 1^{er} recours ;
- L'approche globale ;
- La coordination des soins ;
- La continuité des soins ;
- Le rôle d'acteur de santé publique.

Il a pour rôle de :

- Cogérer le « capital-santé » du patient ;
- Gérer la demande urgente ;
- Assurer la prise en charge d'un problème aigu, d'une situation chronique, ou d'une pathologie lourde en ambulatoire ;
- Assurer le suivi d'un patient en situation complexe ;
- Assurer le suivi d'un enfant, d'un adolescent, d'un homme, d'une femme aux différentes étapes de sa vie ou d'une personne âgée à domicile ou en institution ;
- Gérer une problématique familiale.

Pédicure podologue

Seuls les pédicures-podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang.

Ils pratiquent exclusivement les soins d'hygiène, confectionnent et appliquent les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures-podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.

Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin.

Pharmacien

Il délivre les médicaments, qu'ils soient prescrits ou en accès libre. Il assure la bonne dispensation et le bon usage des médicaments et s'assure de la bonne compréhension du traitement par le patient, réalise des adaptations galéniques (en transformant un principe actif en comprimés, pilules, injection, suspension facilement administrable) ainsi que des préparations magistrales et officinales, etc.

Orthophoniste

L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il est amené, à ce titre à s'occuper des malentendants, d'enfants souffrant de retards d'expression ou de troubles comme le bégaiement, ayant des difficultés d'apprentissage ou bien à participer à la prise en charge des troubles associés à certains handicaps : infirmité motrice cérébrale, trisomie 21, etc.

Il soigne également des adultes ayant des troubles de la voix (chanteurs, professeurs...) ou privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension (surdité, accidents cérébraux). Le vieillissement de la population le conduit à s'occuper des pathologies du langage chez la personne âgée. Son bilan aide à l'établissement d'un diagnostic médical.

Orthoptiste

L'orthoptie consiste en des actes de rééducation, de réadaptation et d'exploration de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision.

Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur.

L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation

du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé de la personne et lui adresse, à l'issue de la dernière séance, une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique.

Sage femme

La profession de sage-femme comporte les actes nécessaires en amont au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique et en aval à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et des soins postnataux de la mère et l'enfant.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (se déroulant dans des conditions normales).

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique (avec difficultés), la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. •



F2 - Système d'information partagé (SIP)

Pourquoi un Système d'information partagé ?

Le système d'information partagé permet la mise en commun de données concernant les patients suivis par l'équipe pluriprofessionnelle. En résultent des mises à jour en temps réel et automatiquement transmises à l'ensemble des postes informatiques, chaque profession ayant les informations dont elle a besoin. Il facilite la production d'indicateurs clefs dans le suivi des files actives communes (aide dans la prise en charge, indicateurs d'évaluation, etc.)

Il permet aussi aux professionnels d'organiser leur activité en connaissance de celles de leurs collègues et confrères/

consocœurs (visites, congés, etc.) ce qui permet l'optimisation des activités de chacun.

Textes de références

- **Article L1110-4 du CSP** relatif au droit au respect de la vie privée, incluant les notions de partage d'informations entre professionnels de santé
- **Article L1111-7 du CSP** relatif au droit d'accès des informations du patient par ce dernier
- **Article L1111-14 du CSP** qui autorise les professionnels de santé à partager de l'information sous réserve du consentement du patient.

Quelles sont les solutions logicielles labellisées par l'ASIP ?

À l'heure actuelle, les démarches de labellisation sont volontaires de la part des éditeurs. Au 30/06/2014, les solutions ayant reçu la labellisation de l'ASIP Santé (Application-specific instruction set processor) sont les suivantes :

Éditeur	Logiciel	Niveau du label
Aatlantide	acteurCS.fr	★
Cegedim logiciels médicaux	monLogicielMedical.com	★
ICT (International cross talk)	Chorus V.3	★★
Imagine Editions	Hellodoc / Hellodoc Santé	★
Medimust	Medimust	★
Silk informatique	éo	★★
Weda SAS	Weda	★

Source : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>

Quels points de vigilance pour choisir son Système d'information partagé (SIP) ?

Afin d'utiliser une solution qui puisse répondre au plus près des attentes des professionnels de santé, il est important d'évaluer les besoins de l'équipe pluriprofessionnelle, en matériel et en logiciel (Quels types de patients seront suivis, qui utilisera le logiciel, quelle information souhaite-t-on transmettre, etc. ?). De même, une fois l'outil choisi et acquis, il est important de ménager un temps de formation afin de prendre connaissance du potentiel du système d'information et de faciliter son utilisation.

Contacts

Yves Beauchamp, Géraldine Delcroix,
Céline Hellain-Rose (ARS),
Marion Gurruchaga (URPS Médecin),
Olivier Charrier (Conseil régional). •



F3 - Fiche de poste coordinateur de Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

La coordination des soins et le travail pluriprofessionnel peuvent faire émerger au sein d'une équipe le besoin d'un soutien, à temps partiel ou complet. Grâce à ses compétences en gestion de projet, ce soutien permet d'accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de leur projet de santé, et le déploiement de certaines actions. Même si chaque projet et chaque équipe sont différents, il est possible de dresser un profil-type d'un coordinateur de projet de Maison de santé.

Missions du coordinateur

- **Accompagner la mise en œuvre, l'évolution et l'évaluation** du projet de santé (*suivi du déploiement et de l'harmonisation du système d'information partagé, suivi des actions de soins coordonnés, déploiement des programmes d'éducation thérapeutique, mise en œuvre des projets de prévention et d'éducation à la santé, poursuite des projets de partenariats externes, etc.*)
- **Assurer la gestion** de l'association porteuse du projet de santé (*suivi financier, recherche de financements, etc.*)
- **Assurer la veille juridique et gérer l'évolution des statuts juridiques** de l'association qui porte le projet de santé.
- **Gérer les relations partenariales** (*professionnels de santé, réseaux*

de soins, établissements de santé, structures associatives, collectivités territoriales, ARS, Conseil Régional, etc.)

- **Autres missions** possibles.

Compétences du coordinateur

- Connaissance de l'organisation du système de santé et des politiques sanitaires, de l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale,
- Maîtrise de la conduite de projet,
- Capacité à rendre compte auprès des professionnels de santé de l'association,
- Qualités rédactionnelles,
- Capacité d'écoute, de dialogue et de négociation,
- Capacité à travailler en équipe,
- Maîtrise des outils bureautiques,
- Autres compétences possibles.

Diplômes du coordinateur

- ✓ Titulaire d'un Bac+5 (Master 2) dans des domaines tels que :
 - L'ingénierie de la santé ;
 - La gestion de projet ;
 - L'action sanitaire et sociale ;
 - Les politiques publiques de santé.

Type de contrat du coordinateur

- ✓ CDD ou CDI, à temps partiel ou complet (en fonction des besoins et des moyens financiers de l'équipe). •



F4 - Animer un groupe

Répartir les tâches à accomplir au sein de l'équipe pluri professionnelle est important. La méthode de travail la plus pratique et la plus efficace reste celle des « groupes de travail ». Elle permet de mettre à contribution les compétences de chacun dans l'optique d'atteindre un objectif commun et partagé par tous.

Que faire pour faciliter l'animation d'un groupe de travail dans votre projet de santé

- Veiller à **construire des groupes de travail pluri professionnels** représentatifs.
- **Identifier un référent** pour les relais d'informations entre tous les participants du projet.
- **Définir un cadre organisationnel** harmonieux (comment sont prises les décisions, etc.).
- **Organiser des rencontres régulières et faciliter les échanges** entre les membres du groupe.
- **Désamorcer les problèmes** ou les conflits dès leur survenue, dans le respect de chacun.
- **Faire le bilan** des résultats et annoncer clairement ce qui devra être fait à l'avenir.

Les facteurs clés de l'animation

(Cf. tableau ci-contre)

Les écueils à éviter

Installer une culture commune de travail au sein d'une équipe prend du temps. Sa disparition peut être rapide. Remettre en cause les facteurs de réussite génère souvent une démotivation et un désengagement des participants.

Il convient d'éviter de :

- **Frustrer** les mêmes personnes ou professions (dans les disponibilités pour les réunions, etc.).
- **Donner des informations incomplètes** (phénomène des « bruits de couloir »).
- **Se montrer démotivé** aux yeux du groupe de travail.
- **Communiquer son inquiétude** quant à l'aboutissement du projet.
- **Ne pas tenir les engagements pris** auprès du groupe et des membres de l'équipe.
- **Prendre position dans le groupe lors de la survenue d'un problème ou d'un conflit.**
- **Ne parler que des objectifs à atteindre** sans mentionner les résultats obtenus.
- **Ignorer les remarques, les idées, les opinions** des membres du groupe.

Les facteurs clés de l'animation

		Pourquoi ?
1	Donner du sens à l'action	Plus les objectifs sont clairs et plus les participants seront en capacité d'anticiper les actions et de mesurer le travail accompli. L'adhésion au groupe (et au projet) n'en sera que plus forte.
2	Développer l'attractivité du projet	Un projet prenant en considération les intérêts des personnes qui le construisent les fédère plus facilement.
3	Inspirer la confiance dans le projet	Plus les participants entendent la réussite du projet, plus ils se mettront au service de sa réussite.
4	Communiquer et être à l'écoute	La communication et le développement de relations enrichissantes stimulent le partage d'idées. Les personnes se mobilisent plus facilement lorsqu'elles se sentent informées, écoutées et considérées.
5	S'organiser de manière transparente	Un mode de fonctionnement clair permet aux participants d'évoluer dans un cadre décisionnel dont ils connaissent les marges de manœuvre et les limites. Il faut trouver le juste équilibre entre « cadrage » et « liberté d'action ».
6	Remercier et reconnaître le travail des participants	Reconnaître les mérites, les succès collectifs et l'implication des participants renforce l'adhésion au groupe, et plus largement au projet.



F5 - Animer une réunion

En amont d'une réunion, il est nécessaire de :

1. Planifier

- Sélectionner les participants.
- Fixer une date (prendre en considération les réunions déjà planifiées, les vacances, etc.) : pensez à sonder les professionnels.
- Déterminer les points à l'ordre du jour.

2. Préparer

- Trouver une salle appropriée à la réunion (salle des fêtes municipales, locaux personnels ou professionnels, etc.).
- Réserver la salle de réunion pour la date convenue.
- Réaliser les différents supports (diaporamas, etc.) en fonction du matériel disponible.
- Préparer le matériel adéquat (paperboard, feutres, rétroprojecteur, matériel informatique, etc.).

3. Envoyer des invitations

- Vérifier le contenu de l'invitation (date, lieu, objet, participants, coordonnées de l'organisateur/animateur, coupon réponse ou modalités de réponse, plan de la réunion même provisoire).
- Vérifier la liste des destinataires.
- Envoyer l'invitation un mois avant puis rappel 1 à 2 semaines avant.
- Préparer une feuille d'émargement (pour rédiger le compte-rendu).

4. Répéter

- Vérifier le bon fonctionnement du matériel et son utilisation.
- Connaître l'ordre du jour.
- Vérifier les documents à remettre aux participants (nombre suffisant, etc.).
- Vérifier la disponibilité de la salle réservée.

Pour réussir une réunion, il faut veiller

1. Durant la réunion

- À faire émarger les participants (recueillir les coordonnées).
- À s'assurer que tous les points prévus soient traités et que l'on ne s'écarte pas des sujets prévus.
- À distribuer la parole à tous les participants.
- À fixer la date de la prochaine réunion.

2. À l'issue de la réunion

- À rédiger un compte-rendu court et clair (points abordés ou non, décisions, avancées, suggestions, prochaine date, etc.).
- À soumettre un compte-rendu à la validation de l'ensemble des participants, avant diffusion plus large.
- À faire un bilan de la réunion en relevant les forces et les faiblesses dans la perspective de la prochaine réunion. •



F6 - Coordination du parcours de soins du patient

Les regroupements pluriprofessionnels favorisent de nouveaux modes d'exercice, laissant une place plus large à la coordination.

Qu'appelle-t-on coordination ?

La coordination se définit par l'organisation commune et partagée d'une prise en charge, via un échange d'informations - soit au travers d'un outil informatisé, d'un outil conçu par les professionnels eux mêmes, et/ou des temps d'échanges.

La coordination exploite au mieux les compétences individuelles, afin que chacun prenne part au processus coordonné de la prise en charge du

patient, sans toutefois déroger à leurs décrets d'actes et de compétences respectifs.

Les professionnels peuvent ainsi réorganiser certains parcours de soins en fonction de leurs habitudes de travail et des possibilités de chacun. En résultent :

- un gain de temps
- une meilleure qualité de travail
- une meilleure circulation des informations clefs
- une meilleure prise en charge, in fine.

Pour faciliter cette réorganisation, les professionnels peuvent établir un protocole concernant les parcours de soins qu'ils sont amenés à réaliser en coordination pluri professionnelle.

Des outils pour la coordination	
Outils	Conditions de mise en œuvre
Système d'information partagé, ou outil informatique permettant le partage d'information entre professionnels	Sélection de plateformes logicielles en conformité avec le cahier des charges de l'ASIP. Transmissions d'informations cryptées.
Documents ou outils conçus par les professionnels de santé favorisant l'échange d'informations (cahier de suivi à domicile par exemple)	Concertation et consensus des professionnels utilisant les outils conçus.
Protocole de soins	Concertation et consensus des professionnels de santé libéraux.
Rencontres/réunions périodiques (thématiques particulières, suivis des cas cliniques particuliers)	Rencontres selon les besoins (cas cliniques donnés), ou réunions périodiques (interventions, appropriations de protocoles, etc.).
Participation à la permanence des soins réglementaire et/ou organisée sur le territoire concerné	Garantie d'une permanence pluriprofessionnelle des soins.
Coordination médico-sociale avec les acteurs du territoire	Elargissement de la coordination aux acteurs médico-sociaux intervenant sur le territoire (SAD, SSIAD, EHPAD).



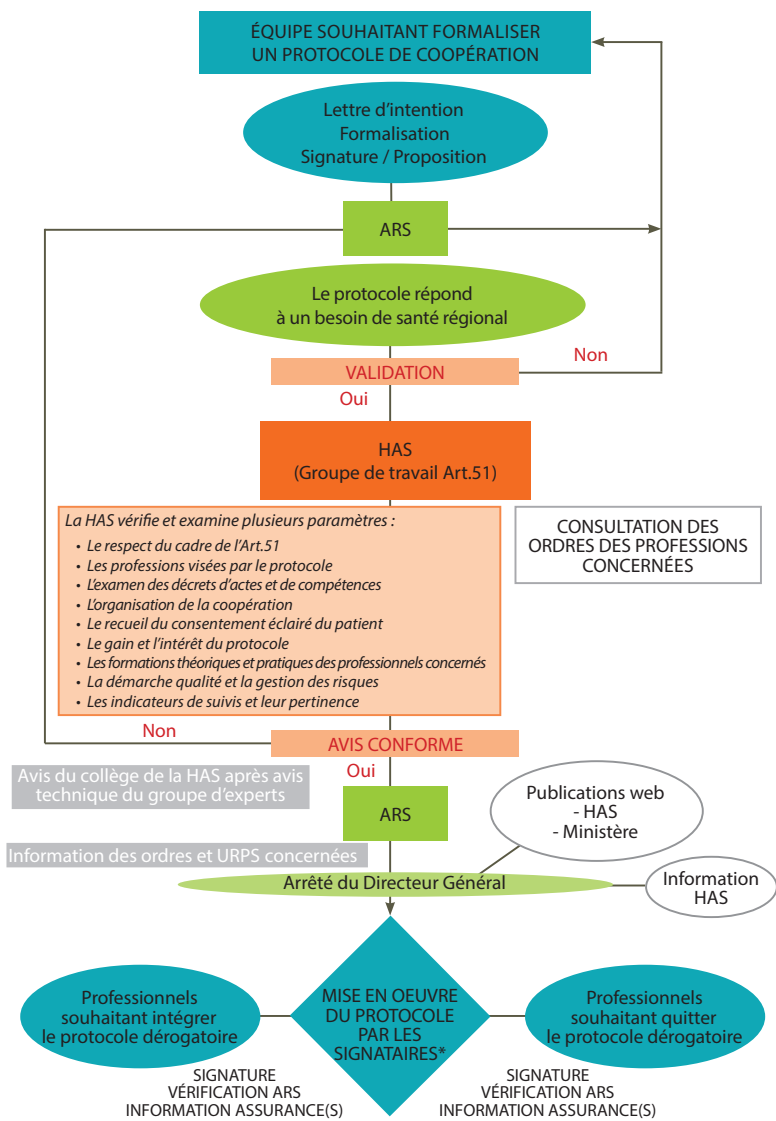
F7 - Protocole de coopération interprofessionnelle (Article 51 de la loi HPST)

Qu'appelle-t-on coopération interprofessionnelle ?

Au sens de l'Article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), la coopération interprofessionnelle permet aux soignants, sous couvert d'un protocole autorisé par l'Agence Régionale de la Santé (ARS), de déléguer, ou de se voir déléguer des tâches ou des actes qui ne sont pas inscrits dans leurs décrets d'actes et de compétences. L'objectif de cette coopération est d'améliorer la prise en charge des patients mais aussi la qualité de vie des professionnels. Ces coopérations préservent le temps médical disponible et optimisent les compétences de chaque professionnel dans le processus de soins du patient.

Comment protocolise-t-on une coopération ?

La coopération interprofessionnelle au sens de l'Article 51 est encadrée par un processus de validation qui met en jeu les expertises des Agences Régionales de Santé (ARS) et d'un collège d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), suivant le modèle présenté ici.



* Un protocole peut être arrêté sur décision du Directeur Général de l'ARS (via arrêté)



F8 - Indicateurs de qualité

Les indicateurs d'évaluation permettent de mesurer la qualité du projet de santé. Ce sont des outils indispensables, permettant de vérifier la direction prise et de révéler des écarts menaçant l'atteinte des objectifs fixés.

L'indicateur d'évaluation est un outil d'amélioration qui vous stimule pour atteindre vos objectifs.

Caractéristiques

Un indicateur d'évaluation doit répondre à plusieurs critères pour être efficace.

Prenons l'exemple de l'évaluation quantitative du nombre de rencontres pluri-professionnelles axées sur des cas particuliers durant l'année.

Le bon indicateur d'évaluation doit :

- **Être pertinent et fiable** (répondre à un besoin précis). Il permet de voir à quelle fréquence l'équipe juge bon de se coordonner et peut être facilement vérifié (agendas, fiches de présence et d'émargement).
- **Etre simple et compréhensible** (dans sa conception, sa mise en œuvre et son utilisation). Les échanges de pratiques sont inhérents à la coordination et au travail d'équipe.

- **Avoir une unité et un objectif** (de quoi parle-t-on et où souhaite-t-on aller ?) L'équipe peut se rencontrer une fois par mois à raison de X fois par an. L'objectif peut être ici d'apprécier l'évolution de la coordination et des pratiques pluri professionnelles d'une année sur l'autre. •



F9 - L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en soins de 1^{er} recours

Public cible

Patients atteints de maladies chroniques

→ Diabète de type II, BPCO stade 1 et 2, hypercholestérolémie, HTA, surpoids/obésité, douleurs, maladies neurodégénératives, etc.

Objectif de l'action

Dans un souci d'approche globale intégrée au parcours de soins du patient, l'ETP vise à rendre le patient acteur et autonome à l'égard de la gestion de sa pathologie au quotidien. Elle vise plus globalement à l'amélioration de la qualité de vie du patient, au travers d'un transfert de savoir, savoir-faire et savoirs existentiels axés sur quatre grandes compétences :

- **L'autosoins** : prise et surveillance autonome d'insuline en injection par exemple.
- **L'adaptation** : ajustement de traitements en fonction de l'état de santé, en situation extra quotidienne.
- **L'auto-observation** : identifier par exemple les signes d'alertes nécessitant une consultation.
- **La dimension psychosociale** : par exemple accepter sa maladie, valoriser l'estime de soi, et communiquer avec son entourage.

Textes de référence

- Arrêté du 14 janvier 2015, relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010, modification relative aux compétences requises pour dispenser et coordonner l'ETP.
- Décret et Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
- Décret et Arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP.
- Loi n°2009-906 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 84).
- Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, la Documentation Française, C.Saout, 2008.
- Guide méthodologique structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champs des maladies chroniques (Juin 2007), HAS.

Professionnels concernés

Professionnels soignants, professionnels en relation avec le champ de la santé et/ou du médico-social (travailleurs sociaux, éducateurs, etc.).

Modalités de réalisation

- Formation certifiante de 40 heures élaborée par Comment Dire et l'URPS Médecins
 - **Module 1 (8h)** : cadre et repère pour la mise en œuvre de programme d'ETP, pratique de l'ETP : quel nouveau rôle pour le soignant ?
 - **Module 2 (8h)** : les compétences relationnelles de base de l'ETP.
 - **Module 3 (8h)** : du bilan éducatif à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques d'ETP.
 - **Module 4 (8h)** : la construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient.
 - **Module 5 (8h)** : l'évaluation avec le patient de son parcours d'ETP.
- Formation complémentaire sur les connaissances biomédicales en relation avec la pathologie pour les professionnels qui en ressentent le besoin.
- Elaboration d'un programme d'ETP (ou application d'un programme existant et autorisé).
- Acception du dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS.
- Investissement professionnel

(temps).

- Evolution des pratiques.

Modalités de formation

- **Niveau de sensibilisation** : < 10 heures
 - Proposer l'ETP, identifier l'offre et les ressources.
- **Niveau 1** : 40 heures de formation dédiée à la dispensation de l'ETP.
 - réalisation des bilans éducatifs, animer les ateliers et évaluer le parcours éducatif avec le patient.
- **Niveau 2** : > 70 heures
 - Niveau 1 + formation de 42 heures dédiée à la coordination de programmes d'ETP.
ou
→ DU en ETP.
- **Niveau 3** : Enseignement supérieur (Master)
 - Ingénierie de projets (conception de programme et d'outils).

Financement

- Formation en ETP (40 heures) entrant dans le cadre du dispositif OGDPC (indemnité).
- Un programme autorisé ne garantit pas de financement de l'ARS pour l'animation d'ateliers.

Contact

- URPS ML : Beryl Vigy,
- ARS : Elisabeth Lehu,
- CRC ETP (centre de ressources et de compétences en ETP) •



F10 - La prévention

Comment mener une action de santé publique ?

Dans l'élaboration d'un projet de santé, la dimension santé publique est portée par les professionnels de santé libéraux et par des partenaires (associations ou réseaux de soins). Des instances institutionnelles (Agence Régionale de Santé, Conseil régional) et des associations (Ligue contre le Cancer par exemple) peuvent soutenir des actions, si ces dernières entrent dans le cadre des orientations et notes de cadrage de l'Appel à Propositions d'Actions de Santé Annuel Prévention et Promotion de la Santé partagé entre l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Régional.

Orientations du Schéma Régional de Prévention (SRP)¹

Edité par l'ARS dans le cadre de son projet régional de santé, le schéma dédié à la prévention souligne les orientations suivantes :

- Addictions
- Cancers (thématique croisée avec le Conseil Régional)
- Enfants et publics jeunes
- Personnes âgées
- Accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Santé mentale

Il est à noter qu'en 2015, la thématique VIH/IST/Hépatite fera l'objet d'un traitement hors appel à projets, hormis les actions de prévention à destination

¹ http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/file-admin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/SRP_version_25_04_2012.pdf

des jeunes pour lesquels l'objectif de "promouvoir une ou des sexualités épanouies avec une gestion de la prise de risque" leur est dédié.

NB : Ces actions ciblent parfois certaines populations (enfants, adolescents et jeunes adultes, personnes âgées et handicapées, populations en situation de précarité).

Exemples concrets

En région, des professionnels de santé libéraux portent un projet ou mènent des actions de santé publique dans le cadre de leur projet de santé, dont certaines sont axées sur :

- L'amélioration de la prévention et le dépistage des cancers : « sensibiliser au test de l'hémocult II, distribuer le matériel et expliquer les modalités d'utilisation à des populations en situation de précarité ».
- La prévention des maladies chroniques : « développer le repérage précoce de la BPCO (stade 1 et 2) chez les personnes à risques via l'utilisation du test BPCO6 ».
- La prévention de l'obésité : « faciliter la promotion de l'équilibre alimentaire et d'une activité physique régulière chez les enfants en lien avec la commune et les enseignants des écoles maternelles et primaires ».
- Etc.

Financements

Il est possible de trouver des financements pour mener à bien une

action de santé publique auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS), et/ou du Conseil régional. Ces instances, engagées dans la prévention et la coordination, diffusent une à deux fois par an des appels à projets², auxquels les professionnels peuvent répondre afin de motiver leur demande de fonds. Ces financements se font en tout ou partie pour l'ARS et pour le Conseil régional.

Des associations nationales (La Ligue Contre le Cancer, AIDS, etc.) peuvent aussi apporter un soutien financier aux porteurs de projets souhaitant développer une action de santé publique.

Partenaires et démarches à suivre

S'ils le souhaitent les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur un ou plusieurs partenaires locaux (associations ou réseaux de soins), pour toucher une population plus étendue, bénéficier de ressources ou de soutien dans l'élaboration de la réponse à l'appel à projet (fiche projet, budgets, etc.).

De même, les régimes d'Assurance Maladie s'impliquent dans des dépistages organisés, des actions institutionnelles, et plus largement dans des actions de prévention santé. Des actions de ce type pourraient être déployées sur le territoire si la pertinence est avérée.

Les professionnels de santé peuvent également se tourner vers les chargés de mission prévention de pôle de proximité de l'Agence Régionale de Santé (2 à 4 chargés de mission par

territoire de santé) et solliciter un soutien dans l'élaboration de cette réponse.

Les dates de dépôts des réponses sont précisées lors de la diffusion de l'appel à projets.

NB : La validation des réponses aux appels à projets par l'ARS prend en moyenne 4 mois. Si l'action de prévention recueille un avis favorable, le versement des fonds est accordé au porteur dans un délai d'environ 3 ou 4 mois. Dès la préparation de l'action, il est important de prévoir son déploiement avec un décalage de 7 à 8 mois pour ne pas prendre le risque d'engager des fonds propres. •

² pour l'ARS : <http://www.ars.nordpasde-calais.sante.fr/Appel-a-projets-Prevention-d.146063.0.html>

Aspects juridiques



F11 - L'Association de loi 1901

Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Définir le but des actions entreprises par les professionnels de santé.• Impliquer les professionnels.• Témoigner de ces mêmes buts aux instances et également aux partenaires, aux patients, etc.• Percevoir des subventions publiques.
Comment ?	<ul style="list-style-type: none">• Rédiger et signer des statuts (statuts types disponibles en annexe de ce document).• Déposer la déclaration à la préfecture (statut + Cerfa n°13973*02 + Cerfa n°13971*02 + Cerfa n°13969*02).• Recevoir le récépissé de la part de la préfecture (5 jours).• Vérifier la publication au Journal Officiel des Association et des fondations d'entreprises (JOAFE), un exemplaire étant normalement transmis au siège social de l'association.
Quand la mettre en place ?	<ul style="list-style-type: none">• Au début de projet pour rassembler et impliquer• En amont de la présentation du projet de santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS).• En amont d'une demande de subvention pour être en mesure de les percevoir.
Qui associer ?	Les professionnels de santé libéraux et partenaires souhaitant contribuer à la vie de l'association.



F12 - La Société Interprofessionnelle de Soins ambulatoires (SISA)

La SISA est une forme de société civile qui permettra lors de la **généralisation des ENMR** d'indemniser les **temps de coordination et d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)** pour lesquels aucun acte codifié n'existe encore. Elle peut également être en mesure de percevoir des fonds susceptibles d'aider à la mise en œuvre de ces missions nouvelles. Tous les actes réalisés par les professionnels de santé dans le cadre de leur activité

ne constituent pas un revenu pour la société.

Cette société permet ainsi d'indemniser les sociétaires selon une répartition que ces derniers choisissent dans leur statut. Aucune organisation n'est actuellement standardisée, les critères de répartition de rémunération dépendent pleinement du choix des sociétaires.

Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Indemniser les temps de pratique pluriprofessionnelles "sans actes".• Faciliter les temps de coordination pluriprofessionnelle et la dispensation d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient par les professionnels de santé libéraux.
Comment ?	<ul style="list-style-type: none">• Rédiger et signer les statuts (les statuts types sont disponibles sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins)• Transmettre ces statuts aux ordres des professions concernées ainsi qu'à l'ARS un mois avant leur enregistrement• Déposer les documents nécessaires au tribunal de commerce :<ul style="list-style-type: none">- exemplaires des statuts établis par actes notariés en quantité suffisante- exemplaires de l'acte de nomination des gérants en quantité suffisante
Quand la mettre en place ?	Une fois le projet de santé validé par l'ARS, et en étroite relation avec elle
Qui associer ?	Les professions de santé <u>inscrites au Code de la Santé Publique</u> qui participent à la mise en œuvre du projet de santé et/ou qui souhaitent s'investir dans de nouvelles pratiques collaboratives libérales (de type éducation thérapeutique du patient) ➔ Au minimum deux médecins et un auxiliaire médical



F13 - La Société Civile de Moyens (SCM) / La Société Civile Immobilière (SCI)

SCM

Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Fournir des moyens (personnel, matériel) aux sociétaires afin de faciliter l'exercice de leur profession• Diminuer les coûts de fonctionnement d'une organisation pluriprofessionnelle• Faciliter les transmissions en cas de cessation d'activité d'un professionnel de santé
Comment ?	<ul style="list-style-type: none">• Rédiger et signer les statuts (statuts types en annexe de ce guide) qui définissent le montant des parts de chaque sociétaire ainsi que le mode de fonctionnement de la société• Publier l'avis de création au journal d'annonce officiel du département• Déposer les documents nécessaires au tribunal de commerce :<ul style="list-style-type: none">- Deux exemplaires des statuts établis par actes notariés- Deux exemplaires de l'acte de nomination des gérants• Vérifier la publication de l'avis de création de la SCM au Bulletin des Annonces Civiles et Commerciales (effectuée par le greffier)
Quand la mettre en place ?	<ul style="list-style-type: none">• Lorsque l'équipe pluriprofessionnelle est définie• Lorsque le projet (besoins humaines et moyens financiers) est défini
Qui associer ?	Les professionnels qui participent à la mise en œuvre du projet de santé et souhaitant participer à la mise en commun de moyens matériels

SCI

Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Sécuriser son patrimoine immobilier• Faciliter les transmissions en cas de départ d'un sociétaire
Comment ?	<ul style="list-style-type: none">• Définir le nombre d'associés, ainsi que le montant des parts et du Capital Social de départ• Choisir la fiscalité à adopter (Impôts sur les Revenus ou Impôts sur les Sociétés)• Rédiger et signer les statuts (statuts types disponibles en annexe de ce guide)• Enregistrer quatre exemplaires des statuts (dans le mois qui suit leur signature) au centre des impôts du siège social de la SCI ou du domicile d'un des associés• Publier l'avis de création au journal d'annonce officiel du département• Déposer les documents nécessaires au tribunal de commerce :<ul style="list-style-type: none">- Deux exemplaires des statuts établis par actes notariés- Deux exemplaires de l'acte de nomination des gérants
Quand la mettre en place ?	<ul style="list-style-type: none">• Lorsque l'équipe pluriprofessionnelle est définie• Lorsque les besoins immobiliers et financiers sont évalués (notamment la part d'investissement sur fonds propres)
Qui associer ?	Les professionnels de santé et autres partenaires potentiels souhaitant s'investir dans cette dimension immobilière du projet



F14 - Modèles juridiques d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Quel modèle juridique choisir pour votre maison de santé pluriprofessionnelle ?

L'expérience développée par les professionnels de santé qui ont, les premiers, constitué leur Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) donne quelques pistes sur les formes juridiques à combiner.

Une maison de santé est une organisation à multiples facettes : cela peut être une association d'acteurs libéraux du soin qui souhaitent mieux coordonner leurs actions dans la prise en charge de leurs patients e/ou un groupement qui permet de mutualiser des outils de travail. Cette organisation peut éventuellement intégrer **une dimension immobilière**, en fonction des besoins des professionnels de santé.

Cette multiplicité se retrouve aussi dans la diversité des personnes morales (sociétés civiles essentiellement) et physiques (les soignants libéraux) qui vont être associés au fonctionnement du projet de la maison de santé, et donc, in fine, à son financement.

- Une **association loi 1901** pourra être en charge du déploiement d'un

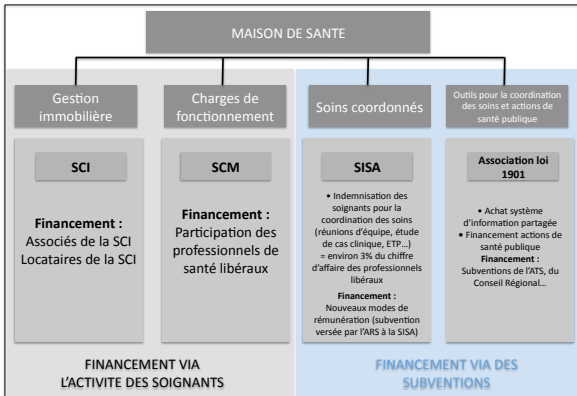
système d'information partagé ou être porteuse d'actions de santé publique menées avec le soutien financier de partenaires publics.

- Les murs et la **gestion immobilière** (remboursement des prêts, encaissement de loyers) seront l'affaire d'une **Société Civile Immobilière (SCI)**. Le partage des **charges communes** (électricité, coût de secrétariat/standard téléphonique) pourra se faire par l'intermédiaire d'une **Société Civile de Moyens (SCM)**.
- La rémunération des professionnels investis dans la coordination des soins sera réalisée via la **Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)**.

Les flux destinés à assurer le financement des différentes composantes d'une maison de santé sont donc de différentes natures (participation directe des libéraux au financement, subventions) et souvent indépendants les uns des autres.

Les produits (entrées des flux financiers) sortent de deux natures :

- Paiement à l'acte des libéraux
- Subventions versées à la SISA et à l'association. •



Soutien et accompagnement



F15 - Contacts

Contact ARS

➔ Direction de l'Offre de Soins – Département 1^{er} recours :

- Géraldine Delcroix - 03.62.72.79.62 - geraldine.delcroix@ars.sante.fr
- Céline Hellain-Rose - 03.62.72.79.97 - celine.hellainrose@ars.sante.fr

➔ Référent installation :

- Marie-Hélène Skibenski - 03.62.72.86.80
ars-npdc-referent-installation@ars.sante.fr

Contact Conseil Régional

➔ Service Santé

- Cécile Bogucki
c.bogucki@nordpasdecals.fr

Contact MSA

➔ Service Ingénierie Médicosociale :

- Catherine Deconinck - 03.20.00.20.96 - deconinck.catherine@msa59-62.msa.fr
- Françoise Lamirand - 03.21.24.60.54 - lamirand.francoise@msa59-62.msa.fr
- Myriam Monnier - 03.20.00.20.95 - monnier.myriam@msa59-62.fr
- ingenieriemedicosociale.blf@msa59-62.msa.fr

Contact URPS Médecins

➔ Direction de l'Offre de Soins :

- Marion Gurruchaga (responsable) - 03.20.14.93.36
marion.gurruchaga@urps5962ml.fr •



F16 - L'offre de l'URPS Médecins et de la FEMAS Nord

L'URPS ML soutient les porteurs de projets de pôles ou maisons de santé pluriprofessionnels dans les dimensions techniques et opérationnelles. Cette offre d'accompagnement s'effectue par les ressources humaines et financières dont elle dispose, avec le souci d'accompagner au mieux les professionnels.

L'URPS ML et son pôle offre de soins sont soutenus par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil régional qui financent une partie de ses actions, réalisées en collaboration. Elle a également développé un partenariat avec la FEMASNORD (antenne régionale de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, FFMPs), qui participe activement avec elle au déploiement de l'expertise en matière d'accompagnement d'équipe pluriprofessionnelle et de soins coordonnés dans le Nord-Pas-de-Calais.

Ces accompagnements opérationnels réalisés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé- Médecins Libéraux (URPS-ML) interviennent dans les différentes phases de développement de tels projets, à savoir :

- L'information des professionnels de santé et/ou des collectivités,
- La concertation pluriprofessionnelle et l'aide à la définition d'axes de réflexion,
- La définition d'opportunités et de faisabilités au travers d'études territoriales,
- La conception, l'élaboration, la rédaction et le suivi d'un projet de santé dans ses différentes composantes et dimensions.

Ces accompagnements sont réalisés par les techniciens permanents de l'URPS ML avec le soutien de professionnels de santé – dits facilitateurs – et apportent des conseils méthodologiques dans des domaines tels que :

- La gestion de projets,
- La médiation pluriprofessionnelle et partenariale,
- La gestion du changement et sa conduite,
- Les relations partenariales.

L'URPS ML fait également partie d'une Cellule d'Appui Technique aux porteurs de projets, composée des représentants de trois autres institutions que sont l'ARS, le Conseil régional et la MSA. Cette cellule « guichet unique » croise les expertises des différentes institutions afin d'accompagner au mieux les professionnels qui souhaitent faire évoluer leur exercice et leurs pratiques. Elle se réunit régulièrement pour :

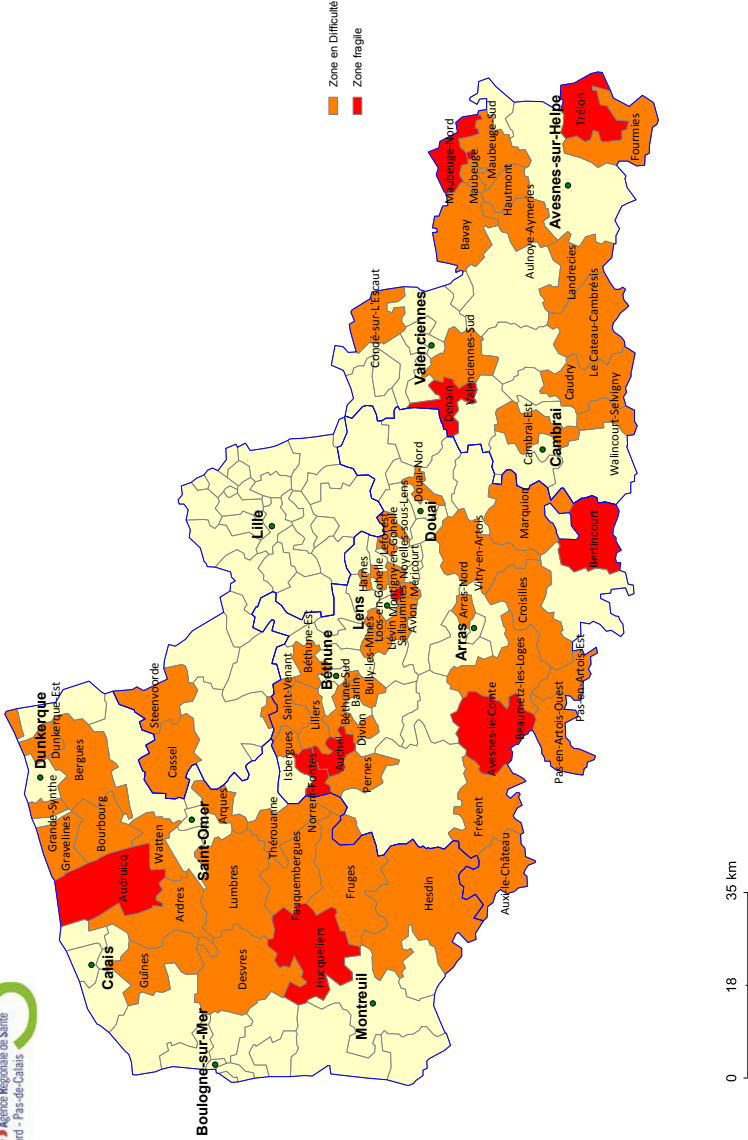
- **Echanger** sur les territoires (dynamiques existantes et naissantes),
- **Accompagner** et suivre l'évolution des équipes pluriprofessionnelles qui portent un projet de santé,
- **Concevoir** des outils d'aides méthodologiques et de soutien aux professionnels de santé,
- **Participer** à l'organisation d'événements régionaux à destination des professionnels de santé et des collectivités territoriales. •

Zones en difficulté et zones fragiles en offre de soins de 1er recours

Cartographie



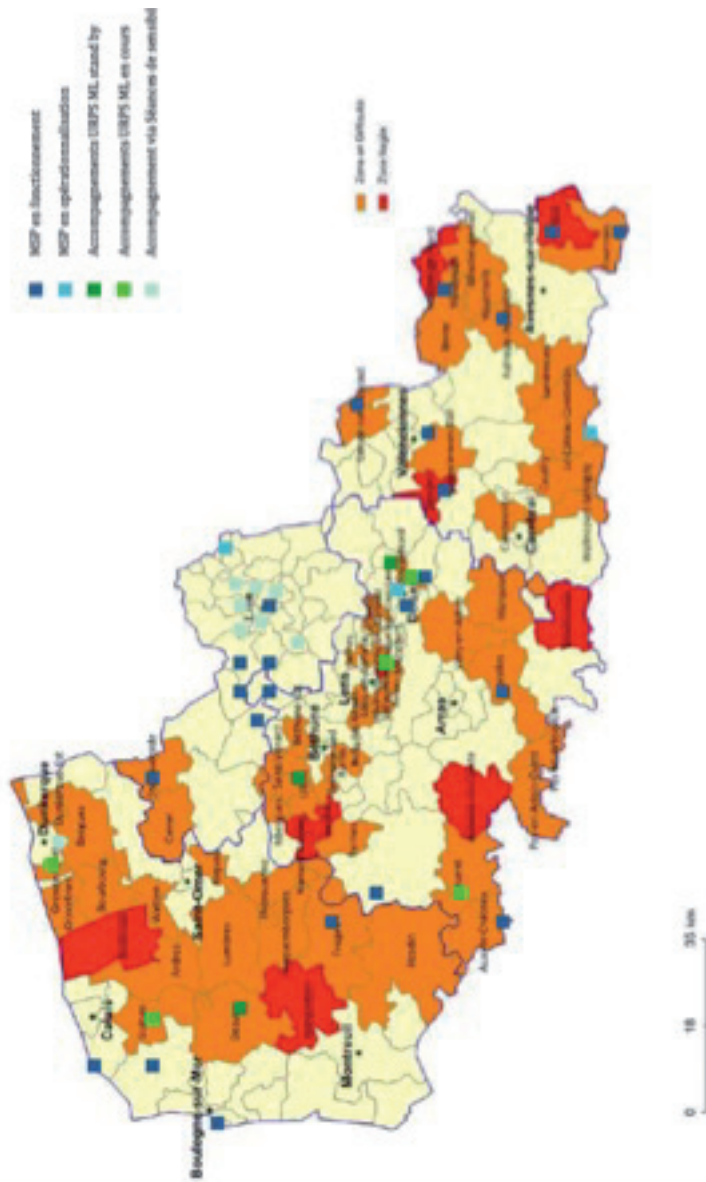
F17 - Schema Régional d'Organisation des Soins (SROS) - Volet Ambulatoire





F18 - Maisons de santé en région

Zones en difficulté et zones fragiles en offre de soins de 1er recours





MÉDECINS LIBÉRAUX

NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ
MÉDECINS LIBÉRAUX

118bis rue Royale . 59000 Lille

Tél. 03 20 14 93 30

Fax 03 20 14 93 31

contact@urps5962ml.fr

www.urpsml-hdf.fr