

<b>Nom du site :</b>	
<b>Coordonnées du référent :</b>	NOM Prénom : Profession : Adresse : Mail : Tel :

# PROJET DE SANTE POUR UNE MAISON DE SANTE PLURI- PROFESSIONNELLE (MSP)

Le code de la santé publique demande aux maisons de santé (article L. 6323-3) d'élaborer un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné.

Afin d'accompagner les professionnels de santé dans l'élaboration de ce projet, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne propose une trame de projet de santé.

Ce projet doit obligatoirement être signé par l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre. L'article L. 6323-3 du code de la santé publique précise en effet que « **ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé** membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

Dans le cadre de l'élaboration de leur projet de santé, les professionnels de santé prennent en compte notamment les besoins de santé du territoire et proposent un projet en cohérence avec le Projet Régional de Santé de Bretagne (consultable sous le lien suivant : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-prs-2-2018-2022>

Ce « document type / projet de santé » a été établi sur la base des rubriques apportées par le cahier des charges national des maisons de santé pluri-professionnelles.

**Le projet de santé est élaboré par l'ensemble des professionnels** exerçant au sein de la structure. Cette modalité d'élaboration commune est d'autant plus recommandée qu'elle constitue un **élément fortement fédérateur entre les professionnels**.

C'est au travers des objectifs et de l'organisation décrits dans le projet de santé qu'est effectuée la distinction entre la structure et un simple regroupement de professionnels de santé en un même lieu, à l'instar des cabinets de groupe. A cette fin, **le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités**

Une fois élaboré par tous les professionnels de la structure, le projet de santé est transmis à l'ARS qui en examine le contenu et décide de sa validation, en partenariat avec les représentants des Unions régionales des professionnels de santé. Cette validation a pour effet d'attribuer un numéro FINESS à la maison de santé et de l'inscrire sur l'Observatoire National des maisons de santé ainsi que sur les cartographies élaborées par l'ARS. La maison de santé ainsi créée peut répondre à des appels à projets nationaux ou régionaux et être candidate à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

En effet, compte tenu de l'Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri professionnelles, le projet de santé, dans son élaboration, permet de faciliter leur intégration dans ce dispositif (cf. Annexe 1). A ce titre, les professionnels de santé doivent s'approprier les pré-requis attendus de l'ACI autour des 3 axes prévus : « l'accès aux soins », « le travail en équipe » et « le système d'information ». Les engagements attendus sont donc inclus dans le projet de santé comme des axes sur lesquels les maisons de santé pluri-professionnelles doivent travailler pour consolider l'exercice coordonné et en assurer la rémunération pérenne.

Dans le document, **la notion de maison de santé pluri professionnelles» (MSP) fait référence à une organisation pluri-professionnelle**, qui peut prendre aussi bien la forme d'une organisation mono site que multi-sites.

Une aide au remplissage de couleur bleue est apportée. Le rédacteur voudra bien supprimer ce type de contenu une fois le document dûment complété et finalisé.

## Sommaire

1.	Présentation de l'environnement .....	4
1.1.	Le territoire .....	4
1.2.	La population .....	4
1.3.	L'offre de soins.....	4
1.4.	Les difficultés rencontrées par les professionnels .....	4
2.	Organisation de l'exercice coordonné.....	5
2.1.	Professionnels impliqués dans la démarche .....	5
2.2.	Pilotage et fonctionnement .....	5
2.3.	Le projet de santé.....	5
2.3.1.	Les axes du projet de santé.....	5
2.3.2.	Les fiches actions du projet de santé.....	6
2.4.	En cas d'existence ou de création d'un projet immobilier .....	6
3.	Organisation de l'accès aux soins .....	7
3.1.	Organisation de la prise en charge des patients .....	7
3.1.1.	L'accès aux soins et la continuité des soins .....	7
3.1.2.	La permanence des soins.....	8
3.2.	Organisation d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et para médicaux au sein de la maison de santé .....	8
3.3.	Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales .....	8
3.4.	La qualité de la prise en charge .....	8
4.	Organisation du travail en équipe.....	10
4.1.	La coordination de l'exercice pluri-professionnel.....	10
4.2.	La formalisation de coopérations pluri-professionnelles.....	10
4.3.	Le développement professionnel continu .....	12
4.4.	L'accueil d'étudiants - La recherche .....	12
5.	Organisation du partage d'informations de santé * .....	13
5.1.	Entre les professionnels impliqués dans la démarche.....	13
5.2.	En direction de professionnels extérieurs à la maison de santé.....	13
5.3.	Accès du patient aux informations médicales le concernant .....	13
6.	Signature du projet de sante .....	14
7.	ANNEXES .....	15
	Annexe 1 : Présentation des engagements de l'ACI .....	15
	Annexe 2 : Territoires de santé et contacts ARS.....	16
	Annexe 3 : Liste des professionnels participant au fonctionnement du projet de santé.....	17
	Annexe 4 : Zonage Médecins – Juin 2018 .....	18

# 1. PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT

---

Pour la réalisation de ce diagnostic, de nombreux indicateurs sont disponibles sur le site internet de l'ARS.

En complément et s'il s'avère nécessaire, l'ARS Bretagne peut être sollicitée pour fournir des éléments chiffrés complémentaires aux professionnels de santé. Les professionnels de santé peuvent se rapprocher des correspondants ARS sur les projets de maisons de santé de leur territoire pour formaliser cette demande (cf. contacts listés en annexe 2).

## 1.1. Le territoire

Le territoire couvert aura préalablement fait l'objet d'un échange avec les représentants de l'ARS Bretagne. Il doit notamment tenir compte du contexte de la démographie des professions de santé et des projets déjà existants ou en cours de réalisation sur le territoire de référence. Ainsi, la qualification du territoire en zone d'intervention prioritaire (ZIP), zone d'action complémentaire (ZAC), zone de vigilance, zone de revitalisation rurale, zone urbaine sensible doit être mentionnée.

La définition du territoire est une première étape incontournable pour délimiter le périmètre du projet.

L'objectif est de définir le territoire de proximité qui permet la mise en œuvre du projet de santé afin d'améliorer la prise en charge de la population. Son contour est fortement conditionné par les acteurs en présence ayant la volonté de collaborer mais également par la population qui a recours en priorité à l'offre de soins du territoire. Ce périmètre ne correspond donc pas seulement aux lieux d'exercice des professionnels de santé mais à l'ensemble des communes où réside la population consommante (ex : canton, communautés de communes, secteur de garde, quartier d'une ville, ...).

Lors du diagnostic, les élus (parfois initiateurs), la population ou d'autres acteurs sont informés de la réflexion engagée et invités à se positionner notamment en cas de regroupement de tout ou partie des professionnels de santé. Le choix du (des) lieu(x) d'implantation de la structure doit être réfléchi collectivement entre les professionnels de santé et les élus de communes impactées dans un objectif d'aménagement optimal du territoire.

## 1.2. La population

Cette analyse doit permettre de décrire la population du territoire, par exemple, en termes de :

- Démographie (Nombre d'habitants du territoire et évolution sur ces dernières années, Structure par âge de la population, ...)
- Données sociales (précarité, revenus médian, ...)
- Etat de santé (Espérance de vie, Taux de mortalité, Taux de morbidité et principales pathologies, ...)

## 1.3. L'offre de soins

Ce diagnostic doit permettre d'élaborer un diagnostic territorial de l'offre de soins proposée :

- sur le champ ambulatoire (médecine générale et de spécialité, paramédicaux et autres professions de santé libérales, salariés/centres de santé...)
- sur le champ hospitalier (hôpitaux de proximité, HAD, ...)
- sur le champ médico-social & social (EHPAD, SSIAD, CLIC, ADMR, ...)
- en structures d'appui, de coordination et d'intégration
- en actions de prévention ou de dépistage existantes

## 1.4. Les difficultés rencontrées par les professionnels

Ce diagnostic doit permettre d'élaborer un diagnostic qualitatif :

- sur les problématiques rencontrées par les professionnels de santé
- les ruptures de parcours des patients

## 2. ORGANISATION DE L'EXERCICE COORDONNE

---

Ce chapitre s'attachera à présenter les organisations existantes et souhaitées (à court, moyen et long terme) pour favoriser l'exercice pluri-professionnel.

### 2.1. Professionnels impliqués dans la démarche

Lister les professionnels (médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, les médico-sociaux et administratifs) participant au fonctionnement du projet de santé et devant y apposer leur signature. (cf. Annexe 3)

### 2.2. Pilotage et fonctionnement

Décrire le fonctionnement et les responsabilités de chacun au sein du site :

- Structure juridique :
  - Association
  - Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) créée, en cours ou en projet ?
- Pilotage du projet :
  - Qui pilote le projet de santé ?
- Partage des rôles sur le suivi de certains aspects du projet ?
  - Sur les fonctions supports (gestion administrative et comptable, gestion du système d'information, gestion médico-administrative de la patientèle, volet juridique, volet aides et financements...)
- Mutualisation des moyens :
  - Est-ce que des professionnels disposent (disposeront) d'un secrétariat commun ?
  - Est-ce que du matériel est (sera) mis en commun entre plusieurs professionnels ?
- Quel est le processus d'intégration des nouveaux professionnels au sein de la structure ?
- Relations partenariales externes mises en place ?

### 2.3. Le projet de santé

#### 2.3.1. Les axes du projet de santé

En cohérence avec le diagnostic des besoins et les appétences des professionnels, l'équipe a décidé de travailler prioritairement sur ces thématiques. Pour chacun de ses axes, des référents ont été identifiés et ont précisé le travail à conduire pour les mettre en œuvre.

#### AXE THEMATIQUE 1

**Référents :**

**Objectifs opérationnels :**

#### AXE THEMATIQUE 2

**Référents :**

**Objectifs opérationnels :**

### 2.3.2. Les fiches actions du projet de santé

Les fiches présentent les objectifs principaux par axe thématique.

Objectifs opérationnels	Actions à conduire	Acteurs à mobiliser	Moyens nécessaires	Calendrier prévisionnel
THEMATIQUE 1				
THEMATIQUE 2				

### 2.4. En cas d'existence ou de création d'un projet immobilier

- Quels sont les référents sur :
  - Sur le volet investissement, implantation, acquisition foncière
  - Sur le volet architectural
- Quels professionnels y sont (seront) intégrés ?
- Qui porte financièrement le projet immobilier ?
- Quels sont les liens avec la collectivité locale ? Y a-t-il eu une réflexion sur l'implantation engagée avec les élus des communes impactées ?
- Quelle est la structure juridique ?
- Existe-t-il un règlement intérieur ?
- Quel est le fonctionnement du site : entrée distincte pour chaque profession ? Secrétariat commun ? Salle d'attente commune ?
- Existe-t-il une salle de réunion au sein de la maison de santé ?
- Existe-t-il une salle pour les petites urgences ?

### 3. ORGANISATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

---

*L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.*

L'« accès aux soins » constituant un des 3 axes de travail de l'ACI, vous trouverez, dans le projet de santé, les engagements qui lui sont associés. Certains sont considérés comme des engagements « socle » car ils conditionnent le versement de la rémunération et d'autres sont dits « optionnels » car modulables au niveau local.

NB : les engagements socles de l'ACI seront identifiables grâce à un \* situé à la suite de l'énoncé de l'engagement.

#### 3.1. Organisation de la prise en charge des patients

##### 3.1.1. L'accès aux soins et la continuité des soins

➤ Amplitude des horaires d'ouverture \*<sup>1</sup>

Indiquez les jours et heures d'ouverture du site, déclinés le cas échéant pour chaque cabinet professionnel (médecin, infirmier, kinésithérapeute...), avec comme objectif d'assurer des horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires.

Objectif : la structure s'engage à fournir une réponse de 8 heures à 20 heures en semaine, le samedi matin et pendant les congés scolaires.

➤ Mise en place de consultations non programmées \*

Existe-t-il des plages horaires volontairement laissées vacantes chaque jour en prévision des consultations non programmées ?

Objectif : Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés.

➤ Modalités de prise en charge du patient en cas d'absence de son médecin traitant \*

Précisez les modalités de prise en charge du patient par l'ensemble des médecins du site, en cas d'absence de son médecin habituel : l'organisation des remplacements (ce qui existe ou ce qui serait souhaité), présence minimale d'une offre de soins sur le territoire. Idem pour les autres professions de santé

➤ Accès aux soins pour les publics en difficulté et accès aux droits

- Quels sont les tarifs pratiqués (quel secteur conventionnel) ? Préciser notamment si les professionnels de santé pratiquent des tarifs conventionnels et/ou permettent aux patients de bénéficier de la dispense d'avance des frais, totale ou partielle.
- Existe-t-il ou est-il prévu d'organiser des vacations d'assistantes sociales ou d'acteurs du maintien à domicile pour faciliter les démarches des patients ?
- Les patients vulnérables ou précaires sont-ils accompagnés dans leur parcours de soins (prise de rendez-vous chez un spécialiste, lien avec les aides à domicile, ...) ?
- L'accessibilité des personnes à mobilité réduite est-elle prévue ?
- En cas de tarifs non opposables, quelle sont les actions de communication mises en place, en conformité avec les règles de déontologie (en partenariat avec les ARS, les CPAM et les collectivités locales, éventuellement), en faveur des usagers pour les informer des possibilités de prise en charge offertes par la structure et de l'existence d'une offre aux tarifs opposables ?

---

<sup>1</sup> Pour mémoire \* = engagement socle de l'ACI

### 3.1.2. La permanence des soins

Elle correspond à la réponse apportée aux besoins de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux. Elle est organisée :

- toutes les nuits de 20h à 8h du matin ;
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.
- En fonction des besoins de la population, ces horaires peuvent être modulés et notamment être étendus aux samedis à partir de 12h ainsi qu'aux lundis, vendredis et samedis dits "de ponts".

#### ➤ Information des patients sur l'organisation de la permanence des soins

- Comment la structure communique-t-elle auprès de ses patients sur le fonctionnement de la permanence des soins :
- Existe-t-il un affichage des horaires de permanence des soins (affichage salle d'attente, site Internet, presse locale, répondeur téléphonique) ?

#### ➤ Professionnels de santé impliqués dans le dispositif de permanence des soins

Pendant les heures de permanence des soins :

- Nombre de médecins de la structure participant à la permanence des soins ?

#### ➤ Indiquer le secteur de permanence des soins concerné.

- Est-ce que les gardes de votre secteur s'effectuent au sein d'une Maison Médicale de Garde ? Si oui, sur quelles périodes de la permanence des soins (nuit, week-ends, jours fériés) ?

#### ➤ Dispositif d'information en direction des usagers

Existe-t-il des moyens de communication en direction des personnes résidant sur le territoire d'intervention de la structure (patients / association de patients / élus) pour diffuser des informations sur le fonctionnement de la structure, s'orienter dans le système de soins et mieux se prendre en charge (ex : plaquette d'information sur une maladie, site Internet de la maison de santé) ?

### 3.2. Organisation d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et para médicaux au sein de la maison de santé

(engagement optionnel de l'ACI)

- Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes ?
- Dans ce cas, quels sont les professionnels de santé qui interviennent au sein de la maison de santé ?
- Temps de présence hebdomadaire ou équivalent temps plein ?

### 3.3. Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales

Mise en place d'actions complémentaires identifiées en Bretagne :

- Actions relevant de l'ACI (engagement optionnel) :
  - Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale ;
  - Surpoids et obésité chez l'enfant ;
  - Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) ;
  - Education thérapeutique et éducation à la santé ;
  - Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
  - Prévention du suicide
- Autres actions ne relevant pas de l'ACI

### 3.4. La qualité de la prise en charge

- Comment se fait la recherche d'une amélioration de la qualité ? (Réunions pluri-professionnelles ? Utilisation de référentiels et de recommandations discutés au regard des pratiques ? Enquête de satisfaction auprès des usagers...) ?

- Le projet de santé prévoit-il le recueil de données médicales permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives mises en œuvre au sein de la structure ? Selon quelles modalités s'effectue ce recueil ?
- Les professionnels participent-ils à des démarches spécifiques visant l'amélioration de la qualité des prises en charge et des pratiques ?
- Des actions particulières ont-elles été mises en place sur la démarche qualité ? Si oui, quelles sont-elles (revue des événements indésirables, révision des procédures de prise en charge, ...) ?

## 4. ORGANISATION DU TRAVAIL EN EQUIPE

Ce volet décrit les pratiques coopératives mises en place dans un objectif d'amélioration des prises en charge.

### 4.1. La coordination de l'exercice pluri-professionnel

*La dynamique d'équipe est un élément fondamental pour le bon fonctionnement et la mise en œuvre du projet de santé. A ce titre, les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.*

#### ➤ Fonction de coordination identifiée \*

Un coordonnateur (ou une équipe de coordination) des professionnels de santé a-t-il (elle) été désigné(e) ?

- Si oui, présentation de son rôle, de ses missions, de son profil
  - Animation de la coordination interprofessionnelle
  - Coordination des parcours et des dossiers patients
  - Suivi de l'utilisation du système d'information et organisation du travail de productions de données de santé
  - Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, ARS,...), ou collectivités
- Temps d'activité hebdomadaire ?

### 4.2. La formalisation de coopérations pluri-professionnelles

#### ➤ Procédures de coordination interne

Il est fait référence ici à des procédures de prises en charge partagées entre les professionnels de santé pour les situations cliniques rencontrées autrement appelées « protocoles de soins ». Elles ne font pas l'objet d'une délégation de tâches ou d'un transfert de compétences. Ces procédures formalisent un mode de fonctionnement (Qui intervient ? A quel moment ? Pour faire quoi ?) et de communication (Comment l'information est-elle partagée avec les autres professionnels ? Dans quel cas actionner un autre professionnel ?) entre les professionnels de santé sur le suivi de pathologies ou de populations spécifiques dans le respect du champ de compétences de chacun.

#### Les protocoles pluri-professionnels

*Un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri-professionnelle dont le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe. Ces protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique et sont régulièrement mis à jour. Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.*

#### ✓ Étapes d'élaboration d'un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours (PPSPR) HAS Novembre 2011 \*

- Sur quels sujets/thématiques ces protocoles ont-ils été élaborés ? (Voir en annexe 5 la liste des thématiques de l'ACI)
- Quels sont les professionnels concernés ?
- Une description de l'action et des modalités de sa mise en œuvre. (ex : réunions pluri-professionnelles pour élaboration de protocoles, pour appropriation des protocoles HAS,...)
- Les modalités de la mise en œuvre du protocole ?
- Le(s) professionnel(s) positionné(s) pour le pilotage de l'action
- Le calendrier de sa mise en œuvre
- Explications des activités innovantes associées à la prise en charge des patients (ex : éducation thérapeutique du patient, télésurveillance au domicile des patients, coaching téléphonique, mise en place de visioconférences pour le suivi de patients, etc.)

### Concertations pluri-professionnelles

Les réunions de concertation sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous. Elles correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluri-professionnelles. Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies et les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature. Un suivi des décisions est organisé.

#### ✓ Étapes d'élaboration de concertations pluri-professionnelles \*

- Sur quels sujets/thématiques ces procédures ont-elles été élaborées ?
- Périodicité
- Quels sont les professionnels concernés ?
- Une description de l'action et des modalités de sa mise en œuvre. (ex : gestion de cas complexes, consultations conjointes,...)
- Les modalités d'évaluation de l'action
- Le(s) professionnel(s) positionné(s) pour le pilotage de l'action
- Le calendrier de sa mise en œuvre
- Explications des activités innovantes associées à la prise en charge des patients (ex : éducation thérapeutique du patient, télésurveillance au domicile des patients, coaching téléphonique, mise en place de visioconférences pour le suivi de patients, etc.)

#### ➤ Procédures de coordination avec les autres acteurs du territoire

*Sont ici précisées les relations et/ou procédures, effectives ou en projet, de la structure avec les partenaires du territoire (réseaux de santé, Plateforme Territoriale d'Appui à la Coordination (PTAC), Méthode d'Actions pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie, (MAIA), établissements et services sociaux ou médico-sociaux, structures sanitaires, associations,...).*  
Ex : convention, association, création d'un groupement de coopération sanitaire,

- Comment s'organise la coopération ou la coordination avec les professionnels et les structures de santé extérieurs à la structure ?
- Cette coopération est-elle formalisée (convention ? Groupement de Coopération Sanitaire ?)
- Existe-t-il des vacations de médecins spécialistes ou d'autres professionnels de santé libéraux au sein de la structure (psychologues, ergothérapeutes, sages-femmes, ... ) ?

#### ➤ Coopérations interprofessionnelles – Délégation de tâches ou transfert de compétences (Au sens de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique - Article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire)

*Il est fait référence ici à de nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé. Elles se distinguent des coopérations citées auparavant car elles font l'objet d'un dispositif juridique spécifique. C'est l'article 51 de la loi HPST qui traite des protocoles de coopérations avec transferts de compétences.*

Ces nouvelles formes de coopération induisent :

- La notion de formation (initiale et continue) pour l'exercice de ces nouvelles compétences ;
  - La refondation du cadre juridique, avec la notion de responsabilité engagée dans l'exercice de ces nouvelles compétences ;
  - La valorisation des coopérations à travers la rémunération de l'exercice de ces nouvelles compétences ;
  - Des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients ont-ils été mis en place ou sont-ils envisagés ?
  - Sur quel (s) sujet (s)/ pathologie(s) portent ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ?
  - Quels sont les professionnels de santé concernés ?

**NB** : Toute démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts/délégations d'activités ou d'actes de soins et de réorganisations des modes d'intervention doit suivre une procédure précise.

### **4.3. Le développement professionnel continu**

Le projet précise les modalités, si elles existent, visant à favoriser le développement professionnel continu des professionnels de la structure ainsi que toutes les démarches de formation continue visant l'amélioration de la qualité des soins et la gestion des risques (participation à des groupes d'analyse de pratiques, enquêtes de satisfaction auprès des patients, labellisation,...).

- Comment est développée la formation continue ?
- Quels professionnels de santé sont concernés ?
- Existe-t-il des possibilités de téléformation ?
- Existe-t-il des groupes d'analyse de pratique ?
- Un ou plusieurs professionnels ont-ils été formés à la gestion/coordination d'équipe ?
- Sur quels sujets portent les formations : soins techniques, prévention, éducation thérapeutique, ... ?

### **4.4. L'accueil d'étudiants - La recherche**

*(engagement optionnel de l'ACI)*

- Quels sont les professionnels de santé identifiés comme maîtres de stage ?
- Nombre de stagiaires accueillis/an pour chaque profession ?
- Existe-t-il des dispositifs mis en place en vue de répondre aux demandes d'hébergement des étudiants et des stagiaires (mise à disposition d'un studio, indemnité de déplacements...) ?
- Des professionnels de santé font-ils également de l'enseignement au sein de facultés ou instituts de formation ?
- Des professionnels de santé participent-ils à d'éventuelles activités/programmes de recherche en lien avec l'université ou les écoles ?

## 5. ORGANISATION DU PARTAGE D'INFORMATIONS DE SANTE \*

*Tout en étant conformes aux règles déontologiques du secret professionnel, les systèmes d'information sont des outils qui permettent d'échanger de l'information médicale de manière sécurisée (messagerie sécurisée), d'accéder à des informations médicales (comptes-rendus de biologie, imagerie médicale,...) et administratives (rendez-vous des patients, planning des professionnels, annuaires,...). A cet égard, des outils et des dispositifs existent déjà.*

Le « système d'information » constituant un des 3 axes de travail de l'ACI, vous trouverez, dans le projet de santé, les engagements qui lui sont associés. Certains sont considérés comme des engagements « socle » car ils conditionnent le versement de la rémunération et d'autres sont dits « optionnels » car modulables au niveau local.

### 5.1. Entre les professionnels impliqués dans la démarche

- Une messagerie sécurisée est-elle mise en place ?
- Un espace collaboratif est-il mis en place ? si oui, avec quels professionnels ?
- Existe-t-il ou est-il envisagé un outil partagé de suivi du patient (dossier médical partagé, fiche de liaison, ...) qui permette de tracer ou synthétiser l'ensemble des soins apportés ? Avec qui ?
- De quelles informations est-il composé (une note de synthèse de la situation en cours, un plan de prévention personnalisé qui indique les dates des prochains examens,...) ?
- Cet outil permet-il de recenser les pathologies justifiant d'une approche pluri-professionnelle ?
- Quels types d'informations sont partagés ?
- Existe-t-il ou est-il envisagé un système d'information (SI) partagé ? \*
- Le logiciel utilisé est-il labellisé « maison de santé » par l'ASIP ? Niveau 1 \* ? Niveau 2 ?
- Ce système d'information permet-il de s'adapter à des fonctions évoluées telles que le suivi du DMP, les protocoles de soins, la gestion des plannings, etc. ?
- Dispositif d'informations pour répondre aux besoins de gestion de la structure (planning partagé pour l'organisation de réunions, pour gérer les congés, ...) ?

### 5.2. En direction de professionnels extérieurs à la maison de santé

*(engagement optionnel de l'ACI)*

- Existe-t-il ou est-il prévu des échanges avec des correspondants spécialistes libéraux/hospitaliers ?
- Existe-t-il des échanges avec les établissements et services médico-sociaux ?
- Sont-ils associés à l'élaboration et/ou à la mise en œuvre du projet de santé ?
- Existe-t-il ou est-il prévu un correspondant de la PMI ? (idem pour autres acteurs médico-sociaux)
- Existe-t-il ou est-il prévu d'organiser, au niveau du site, des points d'accueil, d'information et d'accompagnements des patients en vue de décroiser le sanitaire et le social ?
- Dans cette perspective, des vacations d'assistantes sociale ou de services médico-sociaux, des acteurs du maintien à domicile sont-elles envisagées ?

### 5.3. Accès du patient aux informations médicales le concernant

Préciser l'organisation mise en place pour permettre au patient d'accéder aux données médicales le concernant :

Ex :

- Dossier médical personnel (DMP),
- Information du patient sur son droit d'accès,
- Protocole d'archivage des dossiers médicaux,
- Modalités de conservation des dossiers,
- Sort des dossiers en cas de fermeture du site,
- Proposition d'un formulaire de demande avec désignation d'une personne référente identifiée et chargée de traiter les demandes.

## 6. SIGNATURE DU PROJET DE SANTE

---

« Ce **projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé** membres de la maison de santé (cf. Annexe 3). Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » (Article L. 6323-3 du code de la santé publique.)

**Projet de santé établi le :**

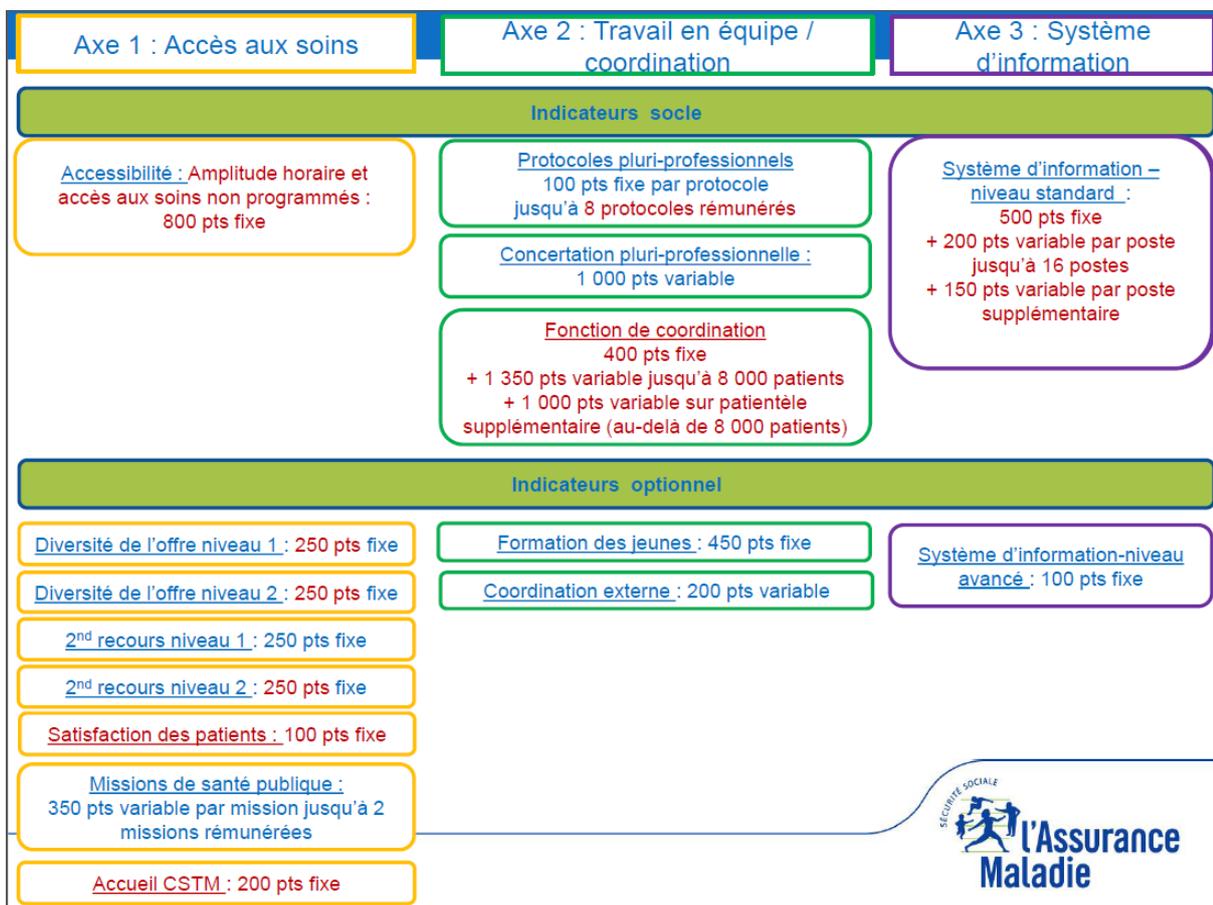
**Signature du représentant des professionnels de santé adhérents au projet de santé :**

## 7. ANNEXES

### Annexe 1 : Présentation des engagements de l'ACI

L'ACI propose une rémunération pérenne aux maisons de santé pluri-professionnelles tant que les équipes atteignent les objectifs fixés par le dispositif. Sont ainsi proposés des engagements socles et des engagements optionnels, qui représentent les axes sur lesquels les Maisons de Santé Pluri-professionnelles devront travailler plus particulièrement pour asseoir solidement l'exercice coordonné et, selon leur décision et/ou leur capacité, intégrer l'ACI.

**Les modules socles** dont les axes doivent être présents dans tous les projets de santé validés par l'ARS. (Le nombre d'objectifs à choisir restant à l'initiative des professionnels de santé).



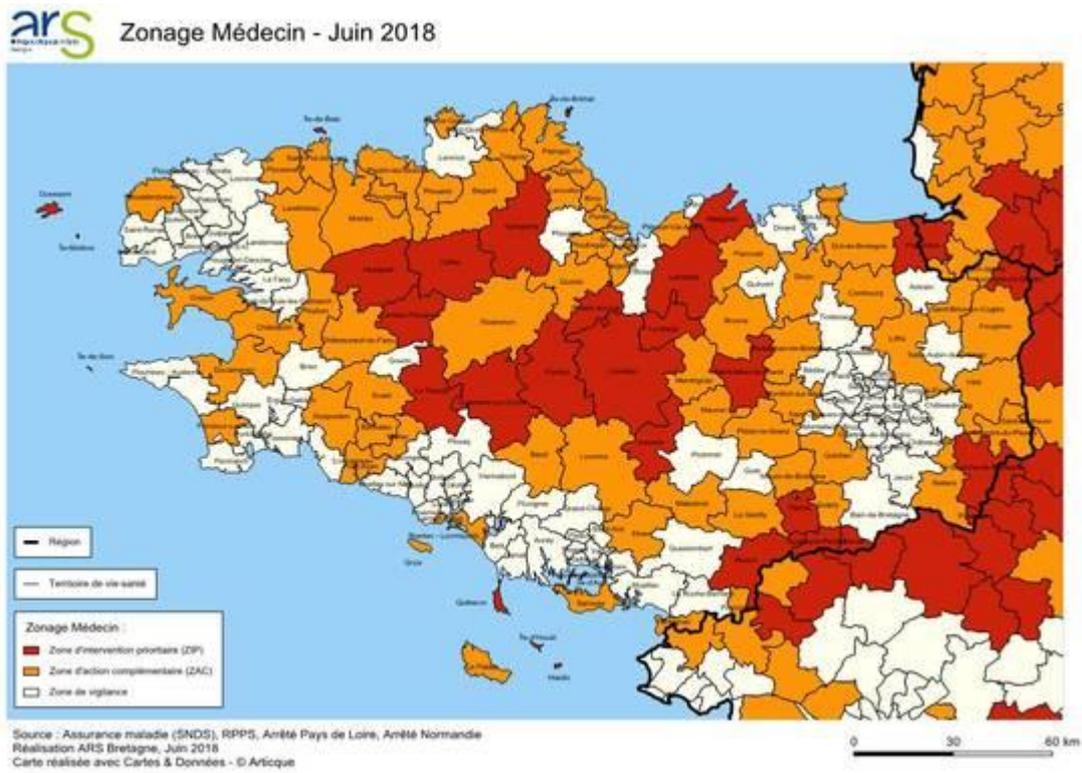
## Annexe 2 : Territoires de santé et contacts ARS



Territoire de santé	Référents Siège	Référents Délégation Départementale
Département du Finistère	<b>Sémiya THOUIR</b> 02.22.06.73.47 semiya.thouir@ars.sante.fr	<b>Béatrice LASTENNET</b> 02.98.64.58.30 beatrice.lastennet@ars.sante.fr
Département du Morbihan	<b>Jeanne BABY</b> 02.22.06.73.50 ronan.derieux@ars.sante.fr	<b>Madeleine GOURMELON</b> 02.97.62.77.60 madeleine.gourmelon@ars.sante.fr
Département d'Ille et Vilaine	<b>Ronan DERIEUX</b> ( <i>Pays de Brocéliande, de Redon et Vallons de Vilaine</i> ) 02.22.06.73.54 ronan.derieux@ars.sante.fr  <b>Chloé BATEAU</b> ( <i>Pays de Rennes, de Vitré et de Fougères</i> ) 02.22.06.73.69 chloe.bateau@ars.sante.fr	<b>Anne-Marie KEROMNES</b> 02.99.33.33.91 anne-marie.keromnes@ars.sante.fr
Département des Côtes d'Armor	<b>Vanessa GALESNE</b> 02.22.06.73.45 vanessa.galesne@ars.sante.fr	<b>Anne-CHARLES</b> 02.96.78.86.53 Anne.charles@ars.sante.fr



## Annexe 4 : Zonage Médecins – Juin 2018



## **ANNEXE 5 : LISTE DES THEMES DE PROTOCOLES DE COORDINATION PLURI PROFESSIONNELLE RETENUS PAR L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL**

L'article 3.2 de l'ACI intitulé « favoriser le travail en équipe », énonce les thèmes à privilégier pour élaborer des protocoles de coordination pluri professionnelle :

- Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves
- Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif
- Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialité,...) : AVK, insulinothérapie
- Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition,...), patients poly pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC
- Patients obèses
- Grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesse multiple,...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (précarité, isolement, addictions,...)
- Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intra familiale