

Guide pratique
A destination des 12 000
médecins libéraux d'Occitanie



Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Edition mai 2020





Introduction

L'objectif de ce guide est d'accompagner les médecins dans l'ensemble des démarches nécessaires à l'élaboration d'un projet Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), le processus étant bien souvent jugé long et fastidieux.

Grâce une déclinaison structurée dans le temps, accompagnée de conseils pratiques pour chaque étape du projet, ce guide permettra aux promoteurs d'avancer pas à pas dans l'élaboration de leur projet. L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins d'Occitanie peut vous apporter un appui logistique et technique couplé à une vision pratique grâce au retour d'expériences des autres projets régionaux et nationaux.

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a eu pour objectif d'apporter une solution innovante d'organisation des dispositifs de premier recours. Elle a introduit cette préoccupation d'organisation via les schémas régionaux d'organisation sanitaire volet ambulatoire.

Cette loi a défini quatre grandes missions des soins de premier recours :

- 1- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4- L'éducation pour la santé.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels de santé libéraux un mode d'exercice collectif.

Cette volonté d'exercice pluriprofessionnel s'inscrit dans un constat multiple :

- Le vieillissement de la profession : 47 % des médecins ont 55 ans ou plus et 30 % ont 60 ans ou plus.
- La volonté des jeunes médecins de maîtriser leur temps de travail et travailler en groupe : les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent sous cette forme, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus ; cet effet générationnel est encore plus marqué chez les spécialistes.
- Le manque d'attractivité pour l'exercice libéral pour les jeunes médecins : entre les années 2000 et 2016, la part des médecins de moins de 50 ans exerçant en libéral est passée de 69 % à 63 % pour les généralistes, et de 49 % à 36 % pour les spécialistes, alors que les médecins, tout âge confondu, exercent presque aussi souvent en libéral aujourd'hui qu'au début des années 2000 - (Source : DREES)

Ainsi, l'organisation en MSP apporte une réponse aux besoins en santé de la population par un travail pluri professionnel coordonné autour d'un projet de santé commun. Le projet de santé est validé en Comité départemental puis en Comité régional de sélection des MSP par le préfet et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'URPS Médecins d'Occitanie participe à chacun de ces comités.

Les MSP s'organisent prioritairement en zone rurale et en zone urbaine fragiles en termes d'accès à l'offre de soins. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels les maisons de santé sont moins présentes, une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premier recours est observée en faveur des espaces périurbains moins dotés. Dans ces différents espaces, le développement de ces structures semble assez efficace pour préserver la démographie de médecins généralistes..



Sommaire

1^{ère} partie – Elaboration d’un projet de MSP

▪ Présentation générale du dispositif	Erreur ! Signet non défini.
▪ Conception du projet	9
▪ Cadre juridique.....	16
▪ Projet immobilier	20
▪ Systèmes d’information d’une MSP.....	22
▪ Projet financier.....	24
▪ Coordination de la MSP	26

2^{ème} partie - Contractualisation, rémunération et démarche qualité

▪ Contractualisation ACI	30
▪ Indicateurs du contrat.....	34
▪ Calcul de la rémunération.....	39
▪ Démarche qualité.....	43



URPS Médecins Libéraux d’Occitanie

Directeur de publication :
Docteur Maurice Bensoussan

Comité de rédaction :
Carole Perrin, Jonathan Plantrou, Laure Maury

Comité de relecture :
Docteur Jean-Louis Bensoussan, Docteur Michel Combier, Laetitia Habouch

Siège social :
1300 Avenue Albert Einstein - 34000 Montpellier

Antenne régionale :
33 route de Bayonne - 31300 Toulouse

www.medecin-occitanie.org



1^{ère} partie



Elaboration d'un projet de MSP

Maisons de Santé
Pluriprofessionnelles

- 1 Présentation générale
- 2 Conception du projet
- 3 Cadre juridique
- 4 Systèmes d'information
- 6 Projet immobilier
- 7 Projet financier
- 8 Coordination de la MSP



Présentation générale

Caractéristiques principales

Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) est une équipe de professionnels de santé de proximité qui partagent un projet de santé commun et exercent leurs activités de façon coordonnée et pluriprofessionnelle, au bénéfice des patients d'une même zone géographique.

Ces équipes associent des compétences médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), des pharmaciens et des biologistes.

La MSP est une personne morale constituée entre ces professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, modifiée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011.

La MSP regroupe a minima deux médecins généralistes et un paramédical qui mettent en œuvre un projet commun leur permettant de partager des objectifs de santé et des informations sur leurs patients.

Labellisée par l'ARS et considérée comme un établissement de santé sans hébergement, elle peut être universitaire.

Il faut alors, au sein de l'équipe, un enseignant titulaire ou associé en médecine générale et un chef de clinique ou ancien chef de clinique de médecine générale ayant une mission de recherche en soins primaires.

La MSP exerce des activités de 1er et éventuellement de 2ème recours. Elle participe à des actions de santé publique : prévention, éducation thérapeutique du patient.

Le projet de santé d'une MSP doit être compatible avec les orientations des Projet Régional de Santé (PRS) et préciser :

- Les caractéristiques et besoins du territoire,
- Les objectifs du projet d'exercice coordonné,
- Les membres de la MSP, les modalités de travail pluriprofessionnel (concertations, protocoles de prise en charge, système d'information partagé, messagerie sécurisée...),
- Les modalités d'évaluation.

Les MSP peuvent être localisées sur un ou plusieurs sites, on parle alors de MSP multi-sites.

Le dispositif en Occitanie repose sur l'appui du Comité régional de sélection des maisons et centres de santé pluriprofessionnels, piloté par l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui labellise les projets de santé émergents en zone déficitaire, soit en zone rurale soit en zone urbaine sensible, et ainsi participe en partie au financement des structures.

Co-présidé par l'ARS et la Préfecture de région, le comité régional associe de nombreux partenaires, notamment les URPS d'Occitanie, la Région Occitanie, les facultés de médecine de Montpellier et Toulouse, des représentants des usagers.

Pour obtenir des financements publics, les critères obligatoires étudiés en Comité régional de sélection des MSP sont les suivants :

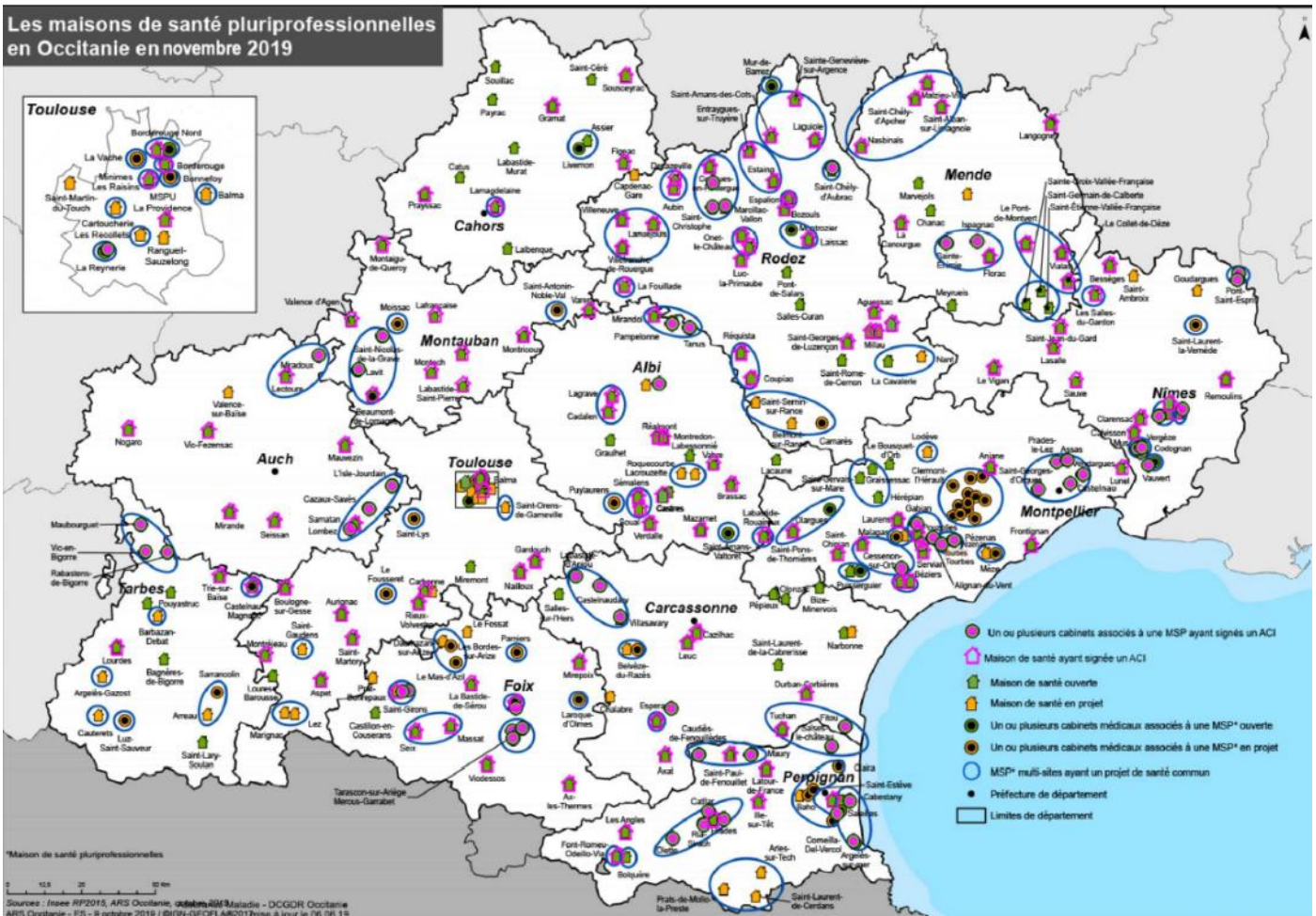
- L'élaboration d'un projet de santé,
- Le regroupement a minima deux médecins généralistes et d'un paramédical,
- L'installation sur un bassin de population d'au moins 3 000 habitants.

Quelques chiffres

205 Maisons de Santé Pluriprofessionnels sont labellisées en Occitanie. Leur développement s'est fortement accéléré ces dernières années : il y en avait moins de 10 dans la région en 2010.

La Région Occitanie a participé au financement de 129 projets (126 maisons de santé et 3 centres de santé). 10 projets ont bénéficié d'une bonification au titre du Plan Montagnes.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ayant contractualisé avec l'assurance maladie ont perçu en moyenne 60 000 euros en 2018.



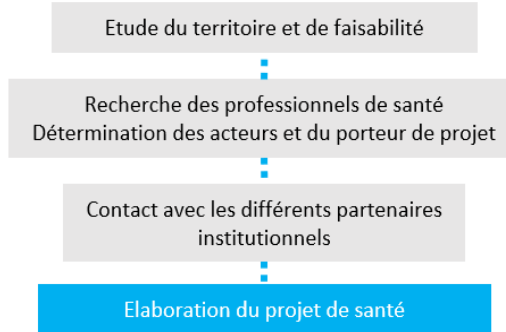
« L'exercice isolé des professionnels de santé doit devenir l'exception à l'horizon 2022. Soutenir le développement des modes d'exercice coordonné est une priorité partagée par l'ensemble des acteurs régionaux, pour faciliter l'installation de professionnels de santé dans chacun de nos territoires. Face à l'enjeu majeur de l'accès aux soins, l'Occitanie affiche des résultats concrets »

Communiqué de presse ARS Occitanie le 10 octobre 2019

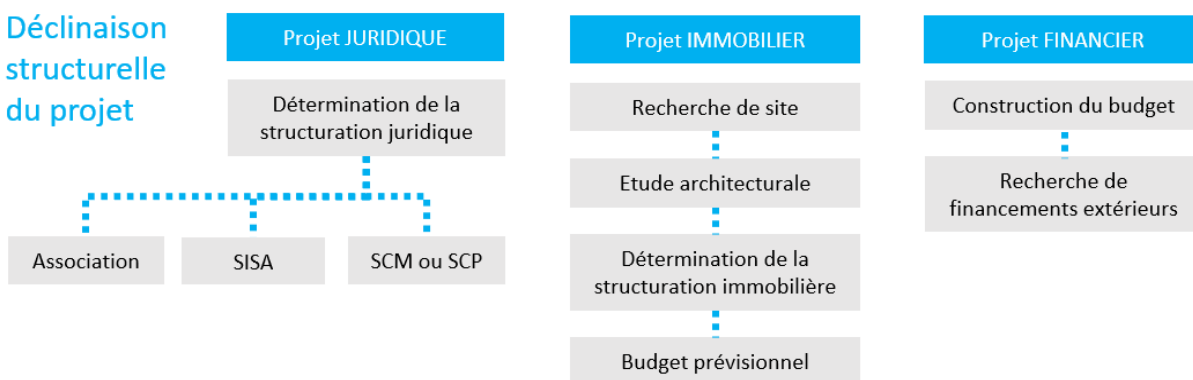


Méthodologie de mise en œuvre d'une MSP

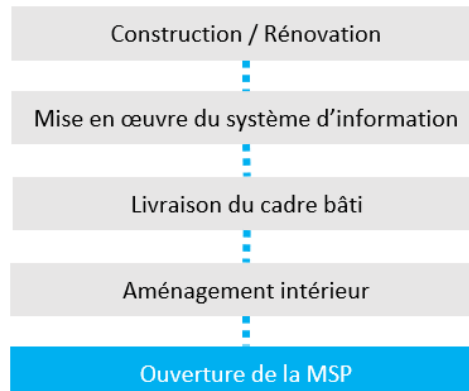
Conception du projet



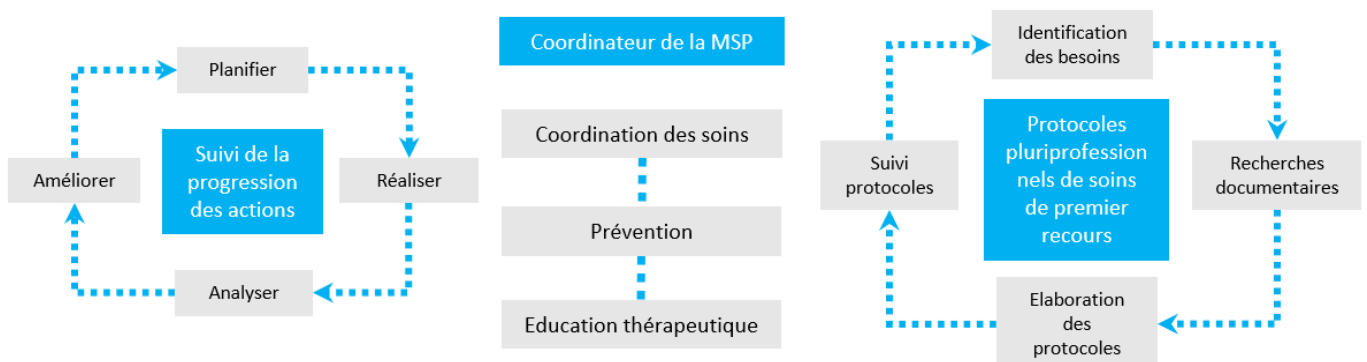
Déclinaison structurelle du projet



Réalisation du projet



Mise en œuvre du projet de santé





Place des MSP au sein de l'exercice coordonné

« Il convient de bien distinguer d'une part, la coordination clinique de proximité centrée sur le patient, capable d'apporter une réponse coordonnée de proximité, et d'autre part, la coordination à l'échelle des territoires, porteuse d'une réponse collective aux besoins de santé de la population ». - CPTS Accord ACI 2019

L'exercice coordonné est une approche qui permet de structurer l'offre de soins de proximité, le parcours de santé et d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé.

Cette forme d'exercice permet aux professionnels de santé de mettre en commun leurs compétences et leurs moyens, de partager des objectifs de travail dans un projet de santé, et de fluidifier les parcours de leurs patients.

Les Equipes de Soins Primaires (ESP), les Centres de Santé (CDS), les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont 4 formes d'exercice coordonné.

Les MSP reçoivent un financement pour coordonner le parcours de santé de proximité de leur patientèle.

Les CPTS, dont l'objectif est de déployer un projet de santé à destination d'une population et d'un territoire plus large, sont davantage axées sur la coordination territoriale de second niveau.

Les missions en lien avec chacun de ces exercices coordonnés n'étant pas les mêmes, les financements sont également bien différenciés.

Il est donc important de ne pas confondre MSP et CPTS qui ont deux formes d'organisations territoriales distinctes avec des objectifs différents.

Principes fondateurs et missions

Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle a pour objectif d'offrir à la population d'un territoire défavorisé en termes d'accès aux soins un ensemble de services de santé, principalement de soins primaires.

Grâce au regroupement de différentes activités médicales et paramédicales, elle permet ainsi les prises en charge coordonnées et apparaît comme une solution à la lutte contre la désertification médicale.

Une offre de soins de proximité

Le regroupement de plusieurs professionnels de santé sur un même lieu permet de :

- Assurer les soins ambulatoires courants de manière continue ;
- Garantir une présence médicale dans le cadre de la permanence des soins, facilitant d'autant l'organisation des gardes. L'objectif est ainsi de permettre un désencombrement des services d'urgence en apportant une réponse alternative de proximité ;
- Assurer une prise en charge globale et plus optimale des patients, en facilitant la coordination des soins par la mise en œuvre de réunions interprofessionnelles régulières et la mise en place des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours ;
- Faciliter les parcours de prise en charge des patients entre les soins de ville et la prise en charge hospitalière.

La promotion de la santé

Grâce à une collaboration avec des structures de prévention en santé existantes sur le secteur, les professionnels de santé peuvent participer à des actions répondant aux besoins de santé de la population.

Un lieu d'apprentissage

En permettant l'accueil régulier de stagiaires sur la structure et en facilitant leur venue notamment par la mise à disposition d'un logement, la MSP permet d'intéresser les jeunes professionnels à ce type d'organisation libérale, et leur permet d'envisager une éventuelle association.





Conception du projet

Etude du territoire et de la faisabilité du projet

Le projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle, s'il souhaite bénéficier de la labellisation par le Comité de sélection des maisons et centres de santé pluriprofessionnels et ainsi bénéficier du financement accordé à ce titre, doit répondre aux besoins définis dans le Projet Régional de Santé (PRS), et ainsi être implanté sur un bassin de vie jugé déficitaire en termes de démographie médicale ou en risque de devenir déficitaire.

Connaitre l'offre de soins, les besoins de santé spécifiques et le territoire est un préalable à tout projet de MSP.

Le diagnostic territorial a pour objet de mettre en avant l'opportunité pour la MSP d'organiser une coordination de proximité sur le territoire considéré au regard de multiples déterminants : les fragilités territoriales ou géographiques particulières, la situation présente et prévisionnelle de l'offre de soins, les caractéristiques sanitaires, démographiques et sociales de la population, les conditions d'accès aux soins etc.



L'objectif est de mettre l'accent sur les besoins des professionnels de santé, des patients et population locale, des élus locaux pour faire aboutir un projet adapté aux besoins connus.

Pour cela, il convient donc d'analyser :

- Le contexte géographique et économique du territoire ;
- Les données disponibles sur l'évolution sociodémographique de la population ;
- Les données disponibles sur l'état de santé de la population et sur les opportunités en termes de santé publique ;
- L'état des lieux et l'évolution prévisionnelle de l'offre de santé locale dans ses différentes composantes ;
- L'analyse des besoins de soins ;
- L'analyse des attentes de la population ;
- L'implication des élus et des institutions.

L'ensemble de ces données doivent permettre de produire un état des lieux complet du territoire étudié et justifier ainsi l'implantation d'un projet de MSP proportionné et adapté aux besoins locaux.

Outils :

- CartoSanté (offre de santé) - ARS Occitanie - [lien](#)
- Annuaire Santé (offre de santé) – Ameli - [lien](#)
- Statistiques Ameli (données de santé) – Assurance Maladie - [lien](#)
- Rezone (données de santé) – Assurance Maladie - [lien](#)
- Répertoire FINISS (Liste des ESP, établissements sanitaires et médico-sociaux) - [lien](#)
- Projet Régional de Santé Occitanie – ARS Occitanie – [lien](#)
- Contrats locaux de santé (données démographiques et socio-économiques) – ARS Occitanie - [lien](#)
- Dossier complet (données démographiques et socio-économiques) - Insee - [lien](#)



Recherche des professionnels de santé et choix des acteurs

L'équipe d'une MSP est constituée de professionnels libéraux assurant des activités de soins de 1^{er} recours, sans hiérarchie entre eux.

Elle doit être composée d'au moins deux médecins généralistes et d'au moins un professionnel paramédical. Les acteurs à l'origine du projet peuvent être isolés ou déjà regroupés, une MSP pouvant associer des professionnels exerçant au sein d'un local commun ou dans des lieux différents, mais sur un territoire géographique de proximité.



L'équipe pluriprofessionnelle

Il convient de réunir en amont l'ensemble des professionnels de santé du secteur susceptibles d'être intéressés par le projet de MSP. Il est important d'intégrer toutes les catégories de professionnels de santé à la réflexion sur le projet.

Cette phase de mobilisation, par l'organisation de réunions, permet aux professionnels concernés de débattre ensemble sur leur volonté ou non d'une organisation future commune. Sur la base de cette réflexion, les acteurs essentiels du projet se distinguent naturellement. Ils constituent le socle du projet.

Il n'est pas nécessaire que le nombre de professionnels engagés dans le projet soit trop important, l'essentiel étant que ceux qui sont présents s'impliquent de manière efficace et efficiente.

Les professionnels les plus fréquemment rencontrés sont les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Peuvent également être impliqués des médecins spécialistes, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des psychologues, des pédicures-podologues...

L'équipe pluriprofessionnelle future ainsi définie, il faut avant tout la structurer juridiquement, par le biais de la constitution d'une association Loi 1901. Cette structuration permet aux professionnels de formaliser un espace d'échanges, mais également d'avoir une lisibilité pour les acteurs institutionnels et effectuer les demandes possibles de financement.

Il est enfin important d'informer dès le démarrage du projet l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du secteur qui seront susceptibles d'interagir avec la MSP - exemples : services sociaux, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes...

Le porteur de projet

En amont de la démarche et dans une logique de conduite de projet, il est très important de confier le pilotage à un porteur de projet, avec un objectif bien défini : intégrer l'ensemble des professionnels de santé autour du projet de santé et permettre les impulsions indispensables à la mise en œuvre, souvent longue et fastidieuse, du projet.

Dans ce positionnement de porteur de projet, il est important que ce dernier puisse avoir une vision « extérieure » au projet, afin de :

- Ne pas focaliser les réflexions sur les attentes spécifiques de sa catégorie socioprofessionnelle ;
- Être à l'écoute et amener le dialogue sur l'ensemble des problématiques des autres professionnels de santé (détermination si possible d'un représentant par catégorie de professionnel de santé pour un dialogue unique) ;
- Accepter la temporalité du projet, apprendre la conduite d'équipe et les techniques de dénouement des crises sans « brûler les étapes ».

L'objectif du porteur de projet est d'essayer de se situer en dehors des antagonismes professionnels potentiels, en accompagnant les différents associés vers le dialogue, et lever les points de désaccords entre professionnels.

Cette approche peut parfois être difficile pour le porteur de projet qui peut alors demander un accompagnement extérieur pour ces tâches.



Les partenariats institutionnels

Il est important d'intégrer rapidement les partenaires institutionnels susceptibles d'intervenir dans la réalisation du projet de Maison de Santé Pluriprofessionnel et dans la réflexion sur le montage du projet.

Même si le projet doit rester de l'initiative et de la volonté des professionnels eux-mêmes, l'appui des institutions publiques concernées est un atout précieux pour la réussite du projet.

Les collectivités locales

Premier contact institutionnel, le Maire de la commune ou le Président de la Communauté de communes est l'allié indispensable à la réussite du projet. Traditionnellement, les collectivités locales sont à l'origine des projets de MSP : conscientes de la problématique de la démographie médicale et paramédicale, elles encouragent et soutiennent les projets de regroupement pour tenter de sauvegarder une offre de soins sur leur territoire.

Les collectivités locales peuvent être à l'initiative de la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et intervenir dans le choix d'implantation des structures, le financement des projets ou la mobilisation des professionnels de santé

Les autres partenaires institutionnels

Lors de l'élaboration du projet de santé, le porteur du projet peut s'appuyer sur l'ensemble des partenaires institutionnels habituels :

- Les représentants des professionnels de santé et des patients : Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), Fédération Régionale et Nationale des Maisons et Pôles de Santé, conseils ordinaires, associations de patients etc.
- Les structures institutionnelles : le Conseil général, le Conseil régional, la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé etc.
- Les acteurs de proximité ayant une bonne connaissance du terrain et des problématiques locales
- Les établissements d'enseignement etc.

Une bonne coordination entre l'équipe pluriprofessionnelle, les collectivités locales et les autres relais institutionnels est une des clés de la réussite du projet. Le porteur de projet est un interlocuteur essentiel qui permet de faire le lien entre les différentes parties prenantes.

Il est également important d'instituer un groupe projet qui soit représentatif de l'ensemble des interlocuteurs.





Elaboration du projet de santé

Le projet de santé est l'élément structurant du projet de regroupement professionnel. Il sert de guide pour l'équipe pluriprofessionnelle qui peut s'y référer à tout moment.

Ce document doit être le fruit d'une réflexion commune de l'équipe pluriprofessionnelle. Il est élaboré autour de quelques priorités de santé et problématiques d'exercice identifiées par les professionnels de santé, et doit être cohérent avec les priorités identifiées dans le Projet Régional de Santé (PRS).

Il permet également d'assurer une transparence vis-à-vis des collectivités locales et de l'Agence Régionale de Santé au regard des moyens humains et financiers mobilisés.

Le projet de santé doit être formalisé et partagé par l'ensemble de l'équipe qui atteste ainsi sa volonté d'exercer de façon coordonnée.

Cette formalisation permet également de distinguer la structure type Maison de Santé Pluriprofessionnelle du regroupement classique de professionnels de santé en même lieu, à l'instar des cabinets de groupe.

En effet, seules les structures ayant élaboré un projet de santé complet peuvent bénéficier de la labellisation « Maison de Santé Pluriprofessionnelle » par le Comité de sélection des maisons et centres de santé pluriprofessionnels, et donc prétendre à des financements spécifiques versés par l'ARS et autres partenaires institutionnels.



L'élaboration du projet de santé

Le projet de santé doit être élaboré par l'ensemble des professionnels de santé prévus au démarrage de la structure, afin de créer une adhésion forte au projet.

C'est par le biais de ce temps de dialogue entre les professionnels que vont pouvoir émerger les bases de cette collaboration future.

Les modalités de fonctionnement de la structure doivent répondre à de nombreuses interrogations compte-tenu de la pluridisciplinarité de la MSP.

Il est donc nécessaire de décider de l'organisation de la structure et de sa gestion quotidienne à un stade précoce du projet.

Il ne faut pas négliger ce temps d'élaboration du projet de santé, pour permettre l'articulation des attentes de tous les professionnels autour d'un objectif commun et assurer la cohérence du projet avec les priorités identifiées par l'Agence Régionale de Santé dans le Projet Régional de Santé.

Toutes les questions doivent être abordées à ce stade, même les plus délicates, afin d'éviter des situations d'implosion de la structure en exercice.

L'objectif du projet est de formaliser la cohésion de l'équipe pluriprofessionnelle par des objectifs clairs, une organisation administrative et clinique cohérente, une communication efficace, une répartition des fonctions et des responsabilités, ainsi qu'une formation adaptée de toute l'équipe.

Le projet se doit d'être détaillé et concret. Cette formalisation permet de démontrer que les professionnels de santé ont débattu entre eux et se sont entendus sur les modalités de fonctionnement de la structure (présences, horaires, activités etc...) et sur les objectifs de l'exercice coordonné en termes de qualité de soins délivrés aux patients.

Cela permet en outre de rassurer les éventuels partenaires extérieurs de la viabilité de l'organisation pluriprofessionnelle.



Le contenu du projet de santé

Le diagnostic préalable des besoins

L'élaboration du diagnostic des besoins du territoire est le préalable indispensable à tout projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. La formalisation de ce diagnostic dans le projet de santé doit permettre de conforter le projet de MSP comme une réponse adéquate aux besoins de santé de la patientèle.

Le diagnostic consiste à établir un état des lieux du territoire en s'appuyant sur différentes données : des données démographiques et socio-économiques, des données environnementales, des données sur l'état de santé de la population, et des données sur l'offre de soins et de services - établissements de santé, associations, réseaux de soins etc.. Il est également important d'y intégrer la dimension humaine et le vécu des professionnels du territoire, ainsi que la contribution des usagers et des différents acteurs.

En réponse au diagnostic, le projet précise les missions et activités de la MSP en termes de soins, prévention, éducation et promotion de la santé, formation, coopération, etc. Le projet de santé doit être adapté à son territoire d'implantation et définir la place de la Maison Pluriprofessionnelle de Santé dans le maillage territorial.

La présentation globale du projet

Le projet présente la structure envisagée et notamment :

- Les caractéristiques identifiantes de la MSP (nom de la MSP, nom du représentant légal, n°SIREN...),
- Le lieu de l'implantation,
- Le nombre de professionnels dans et hors les murs,
- Le statut juridique,
- Le type de financement,
- L'historique du projet.



1^{ère} partie : le projet professionnel

Le management de la structure

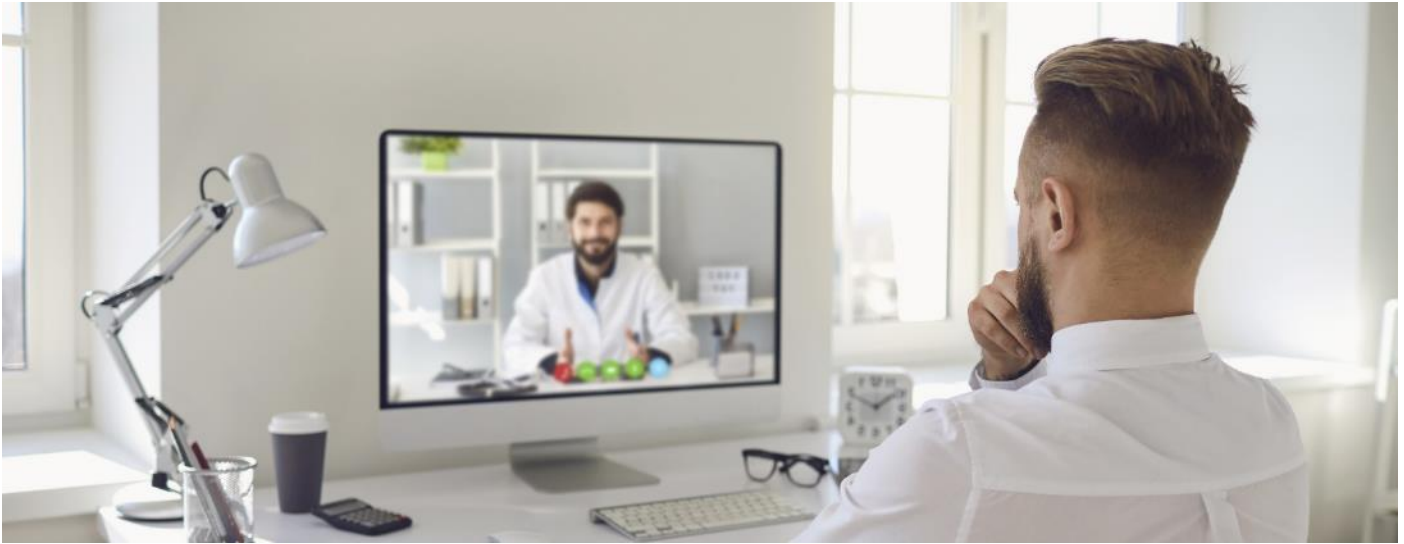
Le projet détaille les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, les médico-sociaux et administratifs) qui participent au fonctionnement de la MSP. Il précise également le temps de présence des professionnels concernés : temps plein, temps partiel, consultations avancées (pour les médecins spécialistes).

Le projet professionnel décline l'organisation interne de la MSP, notamment l'identification et le rôle du médecin coordonnateur de la MSP, ainsi que les responsabilités des différents professionnels de santé de la structure.

L'organisation de la pluriprofessionnalité

Le projet détaille les mesures qui seront mises en place pour assurer une coordination entre les différentes catégories de professionnels de santé :

- Le partage d'information, via le système d'information ;
- L'organisation de réunions pluriprofessionnelles, qui doivent être programmées à un rythme régulier dès l'ouverture : soit pour des concertations interprofessionnelles cas complexes, soit pour la formalisation de protocoles ;
- La formalisation de la coordination des soins autour du patient ;
- Les coopérations interprofessionnelles.



La mise en œuvre du système d'information

Le projet décrit :

- L'organisation mise en place afin de faciliter l'accès du patient aux informations médicales le concernant : 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 de la structure et, le cas échéant, proposition d'un formulaire de demande, désignation d'une personne référente identifiée chargée de traiter les demandes ;
- Les modalités de partage de ces informations de santé (existence ou non d'un système d'information informatisé et sécurisé) entre les professionnels exerçant dans la maison ou le centre de santé, ou éventuellement avec les autres acteurs du territoire, dans le respect des règles de confidentialité (clés d'accès sécurisées, habilitations...) ainsi que le dispositif d'information mis en œuvre permettant également de répondre aux besoins de gestion de la structure ;
- Le protocole mis en place afin de garantir l'information des patients sur les conditions de partage entre professionnels de santé des informations de santé les concernant ;
- Le sort des informations de santé concernant les patients, notamment celles recueillies dans le cadre des activités exercées en commun en application du deuxième alinéa de l'article L. 40412, en cas de cessation d'activité de la structure ou du départ d'un professionnel de santé exerçant dans la structure.

Le **PROJET INFORMATIQUE** doit respecter le cahier des charges national de la DGOS des MSP qui prévoit le choix et la mise en œuvre d'un dispositif de partage d'information, informatisé ou non, entre les professionnels de la MSP, pour favoriser la gestion, la coordination et la continuité des soins (exemples : secrétariat partagé, logiciel partagé de gestion des dossiers patients).

Le système d'information doit être labellisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP-Santé) et partagé par l'ensemble de l'équipe. Il est indispensable de prendre le temps de la réflexion et de bénéficier de l'expérience d'autres structures afin de faire le bon choix dès le démarrage de l'activité.

Le Développement Professionnel Continu et la démarche qualité

Le projet détaille les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Le cas échéant, il détaille également les modalités de Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé.

L'accueil étudiant

Le projet présente les mesures prises afin d'assurer la participation de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle à la formation des étudiants à l'exercice pluridisciplinaire (terrains de stage, formateurs...), ainsi que les mesures prises pour répondre aux demandes d'hébergement des étudiants et des stagiaires (mise à disposition d'un logement pour les étudiants, etc).



2^{ème} partie - Le projet d'organisation de la prise en charge dans la structure

Cahier des charges des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles mis en œuvre par la DGOS en 2010

L'accès aux soins

Le projet indique :

- Les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins et, plus particulièrement, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge ;
- La communication aux usagers des possibilités de prise en charge offertes par la Maison de Santé Pluriprofessionnelle et de l'existence d'une offre aux tarifs opposables.

La continuité des soins

Le projet précise l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmés et pour prendre en charge les « petites urgences », en dehors des heures de permanence des soins, par :

- L'ouverture de la structure sur une amplitude horaire suffisante ;
- La possibilité de consultations non programmées.

Sont également prévues les modalités d'information des patients sur l'organisation mise en place dans le territoire aux heures de permanence des soins ambulatoires. Enfin, le projet précise les modalités de prise en charge du patient par l'ensemble des médecins de la structure, en cas d'absence de son médecin traitant.

La coopération et la coordination externe

Le projet détaille les relations de la structure avec les partenaires du territoire (établissements de santé, établissements médico-sociaux, établissements et services sociaux, associations etc) pour une meilleure prise en charge des patients.

La qualité de la prise en charge

Le projet de santé prévoit 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, et participer ainsi à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire (par le biais du système d'information mis en place).

Les activités innovantes de prise en charge

Le cas échéant, le projet indique :

- Les mesures prises pour faciliter l'accès à des spécialités ou techniques particulières (notamment grâce à la télémédecine), soit par une réponse individuelle, soit par des conventions passées avec d'autres structures (centres de radiologie, laboratoires de biologie médicale etc) ;
- Les activités innovantes associées à la prise en charge des patients : éducation thérapeutique, télésurveillance au domicile des patients etc.

A noter : le projet de santé peut être amené à évoluer en fonction des professionnels en exercice, des besoins et de l'offre du territoire.





Cadre juridique

Le montage juridique permet de déterminer le fonctionnement de la structure et les aides dont elle peut bénéficier. Le statut de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle est laissé au libre choix des professionnels et plusieurs statuts juridiques sont possibles. Toutefois, seule la constitution en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) permet à la MSP de percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie.

A titre dérogatoire, afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constitués sous la forme juridique requise peuvent signer un contrat sous réserve de l'engagement de ses membres de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

Contexte

Les MSP doivent nécessairement s'incarner dans une structure juridique. L'exploitation par une SEL (Société d'Exercice Libéral) ou une SCP (Société Civile Professionnelle) est à proscrire, ces sociétés ne pouvant être constituées qu'entre professionnels de même spécialité.

Traditionnellement, la forme juridique privilégiée était soit la SCM (Société Civile de Moyens), soit l'Association de loi 1901. Mais ces structures n'étaient pas adaptées, notamment pour des raisons fiscales. Depuis, la Loi Fourcade du 10 août 2011 et son décret d'application du 25 mars 2012, ont créé une nouvelle forme juridique sur-mesure : la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires).

Il faut au minimum deux médecins et un auxiliaire médical pour former une SISA. Aussi, seules des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien peuvent être associés d'une SISA. Ils peuvent être dans le même temps associés d'une SCP ou d'une SEL.

La responsabilité professionnelle reste personnelle à chaque associé. Elle n'est pas transférée à la SISA. La SISA n'est d'ailleurs pas inscrite aux Ordres professionnels des associés. Toute activité qui n'est pas exercée en commun au sein de la SISA peut être exercée par les associés en dehors de la structure.

L'association Loi 1901

La première démarche de rassemblement des professionnels de santé autour d'un projet de MSP passe généralement par la mise en œuvre d'une association Loi 1901 avec l'ensemble des professionnels pressentis au projet, y compris ceux non reconnus dans le code de la santé publique (exemple : ostéopathe, psychologue, usagers...)

La forme juridique de l'association est en effet très souple, tant dans son élaboration que dans sa mise en œuvre. Cela permet donc de définir de façon globale





les attentes de chaque professionnel et les objectifs communs de la mise en place de la MSP.

Cela permet essentiellement d'ouvrir un espace de dialogue entre les différents professionnels concernés, de mettre en place un interlocuteur unique pour les intervenants extérieurs au projet et de percevoir les aides financières nécessaires à la création de la MSP.

L'association loi 1901 ne permet cependant ni l'exercice en commun, ni la perception, ni le partage des dividendes entre adhérents.



Le projet juridique : la SISA

Qu'est-ce qu'une SISA ?

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) a été créée en 2011 (Loi Fourcade) pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.

La SISA est une forme très proche de la Société Civile de Moyens (SCM) qui permet de gérer l'interprofessionnalité de la MSP et a la particularité de pouvoir percevoir diverses dotations, notamment dans le cadre des facturations forfaitaires à l'Assurance Maladie par le biais des Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI).

La SISA peut être constituée de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens inscrits. Elle ne peut être composée que de personnes physiques (L 4041-1 du code de la santé publique). La SISA doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical¹ L 4041-4 du code de la santé publique).

Les sociétaires de la SISA doivent être des professionnels de santé, au titre du code de la santé publique : un ostéopathe ou un psychologue faisant partie de l'association pourront signer le projet de santé mais ne pourront pas être sociétaire. Leurs interventions seront rémunérées par la SISA en vacations.

La SISA a pour objet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés. Elle reprend donc l'objet habituel de la SCM, structure juridique couramment utilisée par les professionnels de santé pour faciliter leur activité professionnelle.

Le montage de la SISA est une étape essentielle dans la réalisation du projet. Cette structuration juridique n'est pour l'instant pas obligatoire pour les projets de MSP, mais fortement conseillée en raison du cadrage de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel signé pour les activités exercées en commun par les équipes pluriprofessionnelles.

Objet de la SISA : l'exercice en commun par ses associés de certaines activités.

- **La coordination thérapeutique**, entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soins.
- **L'éducation thérapeutique du patient**, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de la rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
- **La coopération entre les professionnels de santé** : Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis.



Quel est le régime fiscal applicable à la SISA ?

La SISA permet de bénéficier d'un cadre fiscal simplifié et sécurisé. Les rémunérations perçues du fait de cet exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Les activités ainsi exercées ne sont pas soumises à l'interdiction du partage d'honoraires. Les associés ne sont donc pas réputés pratiquer du compéragement du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités.

La SISA a un régime fiscal similaire à celui d'une SCM : elle est soumise à l'imposition des sociétés de personnes, et n'est donc pas assujettie à l'impôt sur les sociétés.

La SISA est soumise à la cotisation foncière des entreprises en son nom propre pour son activité de groupement de moyens et pour l'activité exercée en commun par les professionnels associés.

Les bénéfices de la SISA sont imposés au nom de chacun des professionnels de santé associés, à proportion de leurs droits sociaux, à l'impôt sur le revenu.

Concernant l'assujettissement de la société à la TVA, cela dépend de la qualité des membres qu'elle regroupe. Il convient de distinguer entre :

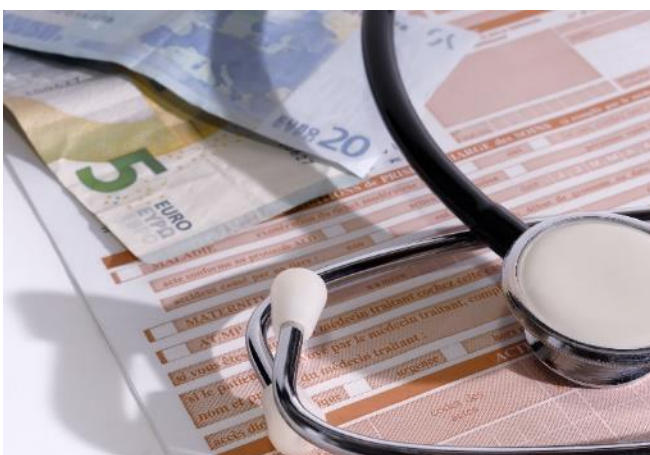
- Les prestations facturées à l'Assurance maladie par la SISA et rémunérées dans le cadre l'ACI : dans ce cas la société est exonérée de TVA.
- Les prestations fournies à ses membres par la SISA dans le cadre de la mutualisation des moyens nécessaires à l'exercice de la profession de ses associés : dans ce cas, la SISA ne peut être exonérée de TVA que si elle ne comporte pas d'associé soumis à la TVA sur plus de 20% de l'ensemble de ses recettes.



Documents extra statutaires

L'objectif de ces protocoles est de définir les règles pratiques de fonctionnement entre les professionnels de santé exerçant dans la structure. Il est important d'y aborder l'ensemble des thèmes de la gestion quotidienne, afin de répartir équitablement les responsabilités entre tous les professionnels de santé. Tout nouvel entrant dans la structure doit en avoir pris connaissance et s'engager à les respecter en les signant.

- **Le pacte d'associés** : il a pour objet de formaliser les relations entre les associés de la SISA, les modalités de gestion de leur participation, leur rémunération (partage des bénéfices provenant principalement des NMR).
- **Le règlement intérieur** : il a pour objet de définir les règles de fonctionnement quotidien et d'organisation de la MSP. Il prévoit notamment les clés de répartition des charges communes aux associés de la SISA (à défaut de création de SCM en parallèle de la SISA), la nature des charges demeurant individuelles, les modalités de partage des moyens humains à mutualiser (accueil et secrétariat, coordinateur, entretien...), les heures d'ouverture et de fermeture, les modalités de répartition des fonctions de gestion et d'administration, les remplacements éventuels de praticiens, les astreintes, les congés
- **La charte interprofessionnelle, facultative** : elle permet de rappeler les principes éthiques que les associés s'engagent à respecter : droit au respect et à la dignité, liberté de choix du patient, objectif d'accessibilité aux soins, gestion de l'information sanitaire et sociale...





Le projet juridique par catégorie professionnelle

La Société Civile de Moyens (SCM)

En pratique, il est souvent créé, en parallèle de la SISA, une Société Civile de Moyens (SCM) ou plusieurs SCM par catégorie professionnelle, dans laquelle peuvent être associés tous les praticiens (médicaux paramédicaux en général) exerçant dans la MSP, dont ceux ne pouvant légalement pas être associés dans la SISA (tels que les psychologues par exemple).

La SCM a pour objet la mise en commun de prestations de service (secrétariat, services comptables etc.) ou la fourniture de moyens matériels (personnel, locaux etc.) à ses membres, afin de faciliter l'exercice de leur activité. Elle n'a pas pour objet l'exercice d'une profession.

Les associés ne peuvent être que des professionnels libéraux, personnes physiques ou personnes morales. Les associés conservent une totale indépendance dans l'exercice de leur activité. Ils contribuent aux frais communs, sans partage de bénéfice ou de clientèle.

La SCM ne peut donc pas organiser l'interprofessionnalité, à la différence de la SISA. De plus, cette forme juridique ne permettant pas de percevoir les financements liés à l'ACI, **son intérêt est limité.**

Pour les professionnels de santé déjà réunis en SCM, il existe plusieurs possibilités :

- Transformer la SCM en SISA : en modifiant les statuts de la société et notamment son objet qui devra décrire précisément les activités menées en commun ;
- Dissoudre leur SCM et confier la mutualisation des moyens à la SISA nouvellement constituée ;
- Conserver leur SCM et ne constituer la SISA que pour la gestion des rémunérations. Cela pourra notamment être particulièrement intéressant dans l'hypothèse d'une équipe de soins de premier recours en MSP, organisée en SCM par catégories professionnelles. Les SCM créées pourront ainsi perdurer et gérer les répartitions des dépenses par profession. La SISA gèrera alors les recettes des NMR et les dépenses communes à l'ensemble de ses associés.

La société civile professionnelle (SCP)

La SCP est créée par deux associés au minimum, qui ont décidé d'exercer en commun une même activité, elle ne peut être constituée qu'entre membres de professions libérales réglementées de même spécialité. Elle permet de partager moyens et clientèle.

En pratique, la société perçoit les honoraires et paie les frais de fonctionnement du groupe. Les associés se partagent ensuite les bénéfices. Tout comme pour la SCM, la SCP ne permet pas l'interprofessionnalité.



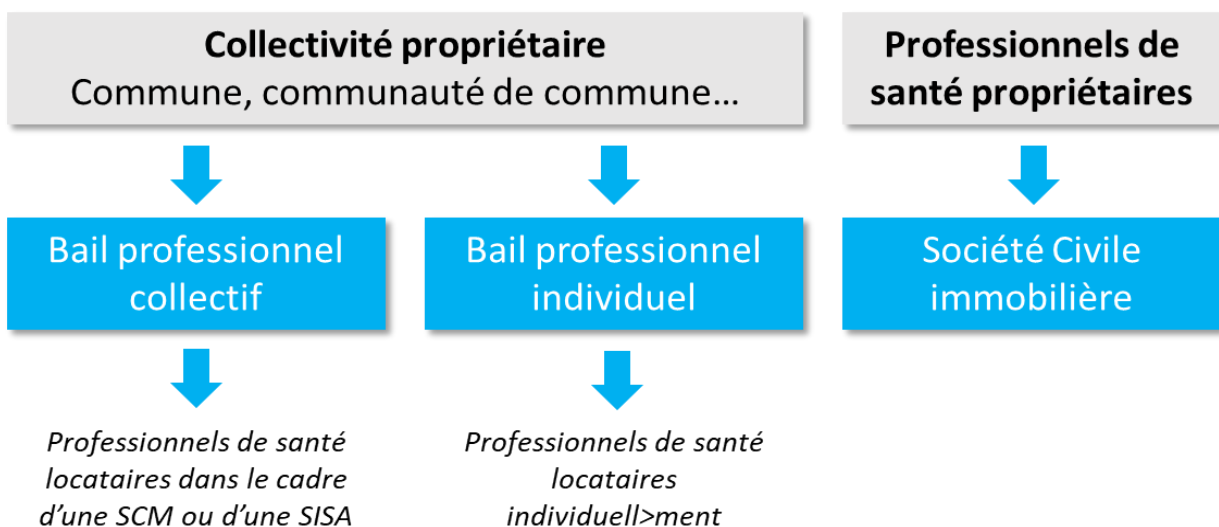


Projet immobilier

Plusieurs solutions immobilières sont à envisager en collaboration avec la collectivité locale concernée : la rénovation et la mise aux normes de locaux existants, l'acquisition de locaux ou encore la construction de locaux.

Le choix réalisé doit prendre en compte les spécificités du secteur, les opportunités immobilières sur le site pressenti, ainsi que la possibilité d'accéder à des financements publics ou non.

Structures immobilières



Deux types de bail peuvent être envisagés :

Le bail professionnel, d'une durée minimale de 6 ans, ne peut être interrompu qu'à son terme par le propriétaire et à tout moment par le locataire sous réserve d'un préavis de 6 mois. Les termes du contrat sont librement négociables entre le propriétaire et le locataire, ce qui offre une grande souplesse (*droit de préemption en cas de vente ; cession, sous-location, association ; apposition d'une plaque ; relocation à un autre praticien ; révision du loyer ; charges et réparations...*). La reconduction est tacite pour la même durée que le bail initial.

Le bail commercial, d'une durée minimale de 9 ans, est, quant à lui, plus protecteur des droits du locataire (*car garantie de maintien dans les lieux pendant 9 ans*), mais aussi plus rigide et plus contraignant (*du fait de nombreuses règles d'ordre public régissant son statut*).

Les professionnels de santé peuvent notamment faire le choix de l'acquisition du lieu d'exercice, dans le cadre de la constitution d'une Société Civile Immobilière - SCI. En effet, il peut être envisagé de créer une société civile immobilière dont le capital serait réparti entre les différents professionnels de santé, également membres de la SCM.

La SCI fait l'acquisition ou construit l'immeuble destiné à accueillir la MSP, et le donne ensuite à la location à la SCM. La question de la détermination du montant des loyers lorsque les associés de la SCI sont les mêmes que ceux de la SCM se pose : il doit être identique que dans l'hypothèse où la location se fait au profit d'un tiers.

Cette acquisition permet d'avoir la maîtrise de l'immobilier professionnel et donc :

- D'adapter l'immeuble aux contraintes matérielles et techniques propres à chaque profession,
- D'éviter la précarité attachée à la situation de locataire



Les aménagements types

Une Maison de Santé doit être constituée idéalement :

- Un accueil et une salle d'attente (il n'est plus nécessaire aujourd'hui de disposer de plusieurs salles d'attente pour respecter les règles déontologiques de chaque profession)
- Des cabinets adaptés aux professionnels de santé, avec des salles d'examen attenantes
- Un parking pour accueillir le public
- Des sanitaires réservés aux professionnels et au public
- Un local de rangement
- Un logement pour les remplaçants ou les étudiants
- Une salle de réunion pour les réunions interprofessionnelles
- Et d'autres locaux suivant les besoins des collaborateurs du projet.

Les conditions d'accès à la structure doivent être optimisées et le confort des usagers pris en compte.

Des dérogations peuvent être accordées :

- Une impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment ;
- Des contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural ;
- Une disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences (coût, impacts sur l'usage du bâtiment) ;
- Le refus des copropriétaires de réaliser les travaux de mise en accessibilité d'un ERP existant ou créé dans l'immeuble existant au 28 septembre 2014. La dérogation est accordée de plein droit si le cabinet est déjà existant.

Les dérogations accordées sont pérennes sauf celle pour disproportion manifeste. Seule une partie du cabinet peut être mise aux normes de l'accessibilité.

Dans le cas où le médecin est locataire, il convient de se référer au bail pour savoir à qui incombent les travaux de mise en accessibilité. Si le bail ne prévoit rien, les démarches et les travaux sont à la charge du propriétaire. En revanche, si le bail prévoit que les travaux prescrits par l'administration incombent au locataire, le médecin louant son cabinet devra effectuer les démarches et les travaux.

Accessibilité des locaux

Sources : [Accessibilité Conseil de l'ordre](#)

Tous les cabinets médicaux et les structures de soins doivent se conformer aux exigences réglementaires d'accessibilité pour les patients. En effet les locaux des professionnels de santé ouverts aux patients sont des établissements recevant du public (ERP) de catégorie 5.

A ce titre, ils doivent respecter les [critères légaux](#) d'accessibilité aux personnes handicapées fixés par la [loi du 11 février 2005](#).

Si votre lieu de soin est **déjà accessible**, vous devez transmettre en préfecture un document attestant de son accessibilité (attestation d'accessibilité). Pour les ERP de 5e catégorie, il peut s'agir d'une déclaration sur l'honneur selon les [modèles-types](#) disponibles sur le site du ministère.

Si votre cabinet **n'est pas aux normes**, vous devez déposer une demande d'autorisation de travaux ou de permis de construire de mise en conformité totale sous peine de sanctions administratives et pénales.



Un autodiagnostic pour votre cabinet

Un outil d'autodiagnostic est disponible sur le [site du ministère](#).

Cet outil peut être particulièrement utile pour les médecins qui s'installent pour la première fois ou qui changent de locaux. Une installation dans des locaux neufs ne pose pas, en principe, difficulté puisque ces locaux doivent répondre obligatoirement aux normes d'accessibilité des personnes handicapées



Systemes d'information d'une MSP

Le système d'information de la MSP se conçoit logiquement autour d'un dossier médical et de soins utilisé conjointement par ses membres. Sa mise en œuvre et son développement permettent d'atteindre certains objectifs énoncés dans le projet de santé et dans le projet professionnel :

- Il facilite la coordination des soins en permettant la tenue d'un dossier médical accessible à l'ensemble des professionnels de santé et, à cette fin, partagé selon une politique d'habilitation élaborée dans le respect des règles déontologiques de chacun et tenant compte des contraintes de fonctionnement ;
- Il aide à la structuration des informations médicales et améliore leur qualité grâce aux outils qu'il peut proposer en matière d'assistance au diagnostic et à la prescription ;
- Il apporte une aide essentielle à l'organisation et à la mutualisation des ressources.

La réalisation du projet informatique constitue une étape importante dans la structuration finale de la Maison de Santé.

Il faut pour cela prendre en compte les besoins individuels de chaque catégorie de professionnels de santé et déterminer au moins les besoins communs pouvant être mutualisés.

Prendre en compte le cadre réglementaire permettant le partage d'informations médicales à l'échelle de l'organisation de la Maison de Santé.

Le législateur a modifié certaines dispositions de la Loi HPST dans ce sens en indiquant que les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une Maison de Santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge sous réserve du recueil de son consentement exprès par tout moyen, y compris dématérialisé.

Il est donc capital de mettre en œuvre au sein de l'organisation de la MSP des pratiques conformes à cette règle en s'appuyant sur le système d'information pour gérer le recueil du consentement et son application à l'ensemble des professionnels de santé qui adhèrent au projet de santé.

Plusieurs offres logicielles disposent d'ores et déjà de l'ensemble des fonctionnalités nécessaires à l'organisation dans la Maison de Santé.

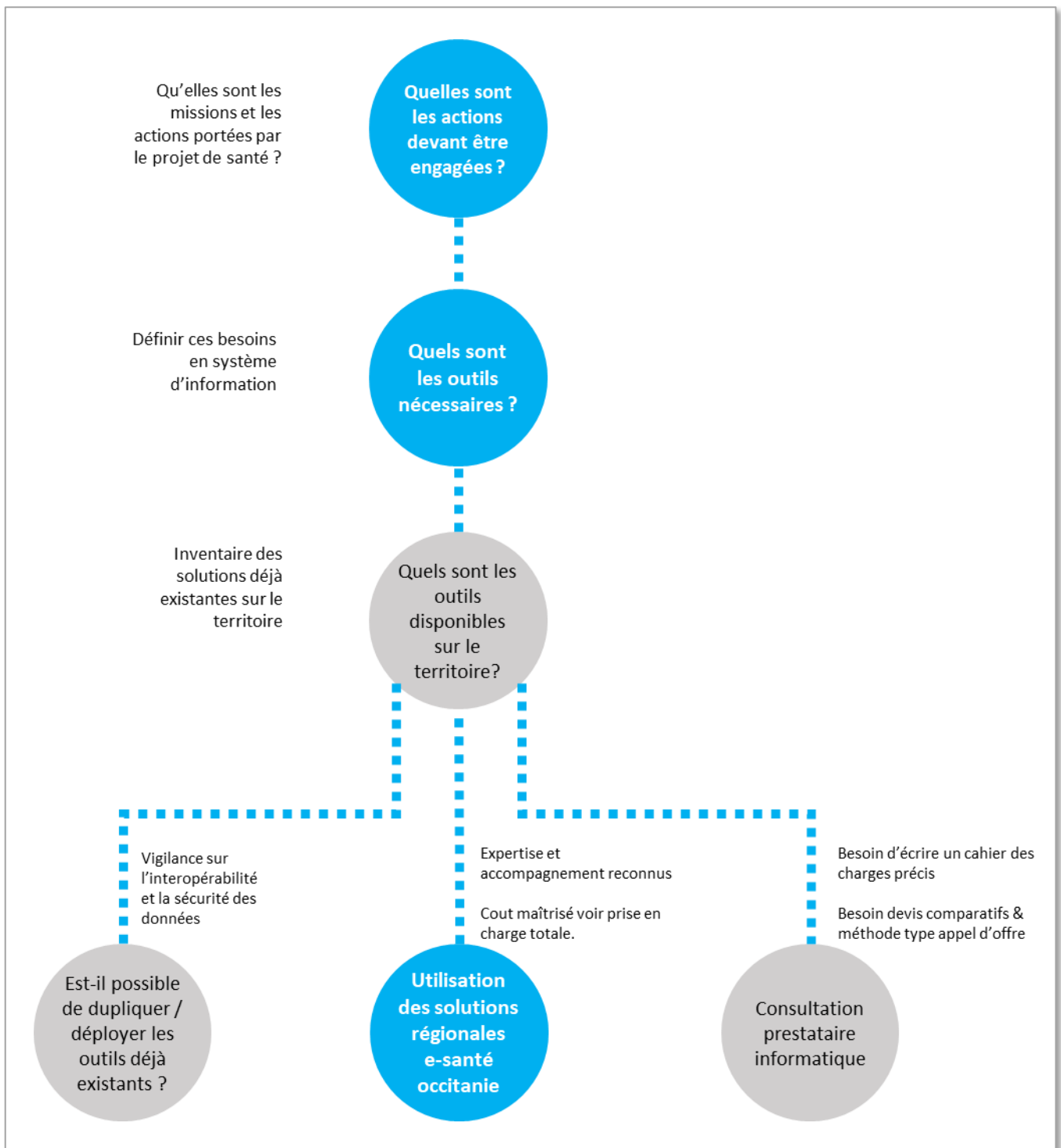
Il est essentiel de choisir parmi les produits proposés un logiciel labellisé en amont par l'ASIP SANTE, dont la liste est disponible sur ce lien : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>

Les éléments constitutifs du système d'information sont disponibles sur le site de l'ASIP : www.esante.gouv.fr





La démarche de sélection d'un système d'information



A prendre en compte dans le choix de la solution :

- Solution interopérable (communiquant avec les autres applicatifs métiers) ?
- Sécurisation des données de santé ?
- Quel est le prix de la solution + déploiement + formation ?
- Capacité / expertise des professionnels de santé ?
- Chronophage ?
- Temps de déploiement, d'intégration et de formation ?



Projet financier

L'investissement nécessaire à la réalisation du projet de Maison de Santé va principalement dépendre du choix immobilier effectué. Quel que soit le modèle choisi, il est important de proportionner de manière adéquate les dimensions de cette structure, afin de ne pas alourdir les charges des professionnels de santé.

Il faut nécessairement déterminer les besoins en locaux et en services :

- En calculant la surface demandée par les professionnels de santé, en restant raisonnable sur les demandes.
- Etudier les besoins partagés (chauffage, entretien, système informatique etc.).
- Chiffrer les coûts des aménagements et de fonctionnement (loyer, charges de fonctionnement).
- Plusieurs points sont importants à noter :
- L'objectif budgétaire à atteindre pour permettre à la MSP de fonctionner est d'obtenir un prix de revient locatif pour les professionnels de santé situé entre 6 et 10 euros du m².
- **Il est capital de ne pas considérer les aides apportées par les différentes institutions comme des dotations destinées à gérer les frais de fonctionnement de la structure à son ouverture.**



Les financements des collectivités territoriales

Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire – FNADT

Il apporte le soutien de l'Etat aux opérations dont la réalisation est essentielle à la réussite du projet territorial (dans le cadre du volet territorial du contrat Plan Etat Région). Les aides ont pour objet de soutenir, en investissement comme en fonctionnement, les actions concernant l'aménagement durable du territoire associant développement économique, solidarité et qualité de l'environnement.

Opérateur : Conseil Régional

Les financements de l'état, de ses opérateurs et de l'assurance maladie

Fond d'Intervention Régional – FIR

Une aide à l'ingénierie (études de besoins, conseils et expertises fiscales et juridiques etc.) et au fonctionnement (aménagement des locaux, matériel médical commun, informatique etc.). Il vise à financer des actions et des expérimentations décidées par l'ARS en faveur de la performance des soins, la qualité des soins, la coordination des soins, la permanence des soins, la prévention et la promotion de la santé, la sécurité sanitaire.

A ce titre peuvent notamment être financées des actions visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, la restructuration de l'offre de soins et des mutualisations régionales.

Opérateur : Agence Régionale de Santé

Conditions d'éligibilité : Projets de MSP situés dans les zones fragiles définies dans le volet ambulatoire du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) ou dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Contact : ARS -Sous-Direction des Soins de 1er recours et Professionnels de Santé



Dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR)

Cette dotation permet de financer des projets d'investissement, ainsi qu'une partie limitée des dépenses de fonctionnement nécessaires, notamment au démarrage des projets subventionnés. Elle prend la forme, selon les départements, d'un pourcentage du coût total des investissements ou d'un montant fixe.

Elle vise à financer des projets d'investissement dans les domaines économique, social, environnemental et touristique et favorisant le développement ou le maintien des services publics en milieu rural. Pour que la MSP en soit bénéficiaire, il faut que la Communauté de communes assure la maîtrise d'ouvrage du projet

Opérateur : Préfecture de département

Conditions d'éligibilité : Dépenses d'équipement des groupements de communes, situés uniquement en milieu rural.

Contact : Sous-préfecture territorialement compétente.

Les financements européens

Fond Européen de Développement Rural - FEDER

Il vise à améliorer la croissance économique et à créer des emplois par le développement de l'innovation et de la connaissance, tout en préservant l'environnement et la cohésion sociale. Il concerne les investissements matériels dans les entreprises.

Opérateur : Conseil Régional

Conditions d'éligibilité : Projets de MSP inclus dans un ITI # en zone urbaine pour le FEDER.

Contact : Conseil régional > Direction des Relations avec les Territoires, de l'Aménagement et du Logement

#L'ITI est un nouvel outil européen qui articule le Fonds européen de développement économique et régional (FEDER) et le Fonds social européen (FSE), pour répondre aux enjeux spécifiques des espaces urbains, dans une perspective de développement durable et solidaire et de rééquilibrage territorial.

Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural - FEADER

Il vise à maintenir et développer l'attractivité des territoires ruraux, pour les positionner comme des pôles de développement, en s'appuyant sur la diversité des ressources, des activités et des acteurs.

Opérateur : Conseil Régional

Conditions d'éligibilité : Projets de MSP situés en milieu rural

Contact : Conseil régional > Direction des Relations avec les Territoires, de l'Aménagement et du Logement



Coordination de la MSP

La fonction de coordination constitue désormais un indicateur à part entière de l'axe « travail en équipe ». Elle est un élément indispensable à mettre en place pour déclencher la rémunération de la MSP.

Le coordinateur a pour rôle de favoriser et de renforcer la cohésion au sein de la Maison de Santé. Il organise et coordonne la structure et permet ainsi à l'ensemble des professionnels de l'équipe de travailler ensemble, de façon cohérente et organisée, pour mettre en œuvre le projet de santé.

Faire appel à un coordinateur permet aux professionnels de santé de se concentrer pleinement sur leur exercice en se libérant du temps médical, de déléguer les tâches administratives. Les profils de coordinateur sont assez variés.



Missions du coordinateur

L'ACI indique que la fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'Assurance Maladie, ARS...) ou collectivités.

En pratique, le coordinateur sera chargé de :

- **La gestion administrative de la structure** : gestion du personnel, gestion du budget, gestion des plannings pour les professionnels, pour les réunions de concertation pluriprofessionnelles (au moins 6 par an) et pour l'utilisation des bureaux et salles de réunion notamment, gestion des stocks nécessaires au bon fonctionnement de la Maison de Santé (fournitures, matériels médicaux et paramédicaux), gestion des déchets médicaux, veille au respect de la réglementation sécurité du site,
- **La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions de santé publique** : lien entre les professionnels, préparation des réunions de pratiques, collecte d'informations, analyse de données, compte-rendu de l'action mise en œuvre et retours (rapports d'activités, évaluation), campagnes d'informations etc.
- **Les relations avec les partenaires extérieurs** : médiation entre les professionnels de santé, entre la Maison de Santé et les institutions (Assurance maladie, Conseil de l'Ordre etc.), participation aux réunions, déplacements, relations à l'éditeur du SI.

La fonction de coordination de MSP recouvre donc les fonctions de « coordinateur de santé », de « coordinateur de structure (secrétaire) » et de coordination pluriprofessionnelle.



Exemple d'articulation de différents types de coordination : les protocoles pluriprofessionnels

Le « **coordinateur de santé** » : pose le cadre, la méthodologie d'élaboration d'un protocole, analyse les besoins des professionnels et de la patientèle, anime les réunions, propose des solutions, rédige le protocole, s'assure de sa faisabilité opérationnelle, définit et élabore les outils nécessaires et assure le suivi « qualité » (indicateurs, évaluations, corrections), formalise des accords si nécessaires...

Le « **coordinateur de la structure** » : planifie et organise les réunions de concertation (réservation de salle, envoi des invitations...), il met à disposition le protocole et les outils qui s'y réfèrent sur les supports choisis, il fait le lien avec l'éditeur du SI...

La **coordination interprofessionnelle** est assurée par les professionnels et acteurs de santé qui se réunissent, apportent leur expérience, exposent leurs difficultés et leurs idées, évaluent la pertinence des protocoles, les valident, et les mettent en application pour l'amélioration du parcours patient.

Les savoirs et qualités requis :

- Connaissance des politiques de santé publique et des textes inhérents aux MSP
- Connaissance des dispositifs d'aides, des modalités de financement, de gestion de projet
- Capacité d'organisation et d'animation de réunions ou de groupes de travail
- Qualités rédactionnelles, rigueur et capacités organisationnelles
- Maîtrise des outils informatiques (pack office, logiciels médicaux et administratifs, logiciels de coordination)
- Capacité à coordonner les professionnels dans le parcours de soins (favoriser la mise en relation des différents acteurs, favoriser la transmission d'informations) ; à travailler en équipe pluridisciplinaire
- Capacités d'analyse pointues pour comprendre les situations et les interlocuteurs, et résoudre les problèmes rencontrés
- Aisance relationnelle : faire preuve de neutralité et bienveillance, de diplomatie, avoir le sens de l'écoute, des contacts humains

Profil du coordinateur

Le rôle et les missions du coordinateur de la MSP devront être définis collectivement, formalisés selon une fiche de poste, et pourront évoluer en fonction des besoins de l'équipe.

Les compétences attendues concernent principalement :

- Le management stratégique/opérationnel du projet de santé
- La coordination du projet et des acteurs de santé dans la pluriprofessionnalité et la pluridisciplinarité
- La gestion des ressources humaines, administratives et financières
- La gestion et le partage d'outils numériques
- L'organisation de formations pour les professionnels
- La connaissance du système de santé et des différentes professions de santé libérales et/ou instances administratives
- L'organisation de parcours de santé sur le territoire de la patientèle
- L'évaluation et la démarche qualité pour le suivi du projet





Les missions du coordinateur pourront être accomplies en seulement quelques heures par semaine ou nécessiter un temps plein, en fonction de l'ampleur du projet de santé, de l'importance de la structure et du nombre de professionnels associés à la démarche. La mutualisation du coordinateur avec d'autres MSP est possible, tout comme le recours à plusieurs collaborateurs.

Le recrutement peut s'envisager selon deux possibilités :

- Faire appel à un personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction, avec un profil qui pourrait être soit un soignant formé à la coordination soit un gestionnaire spécialisé en santé ;
- Déterminer, au sein de la Maison de Santé, un professionnel de santé (y compris en exercice) acceptant de réaliser ces tâches et ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, avec une formation spécifique en coordination. Il pourrait être déterminé dans le règlement intérieur qu'il s'agit d'un poste « tournant » entre les différents professionnels de la structure.

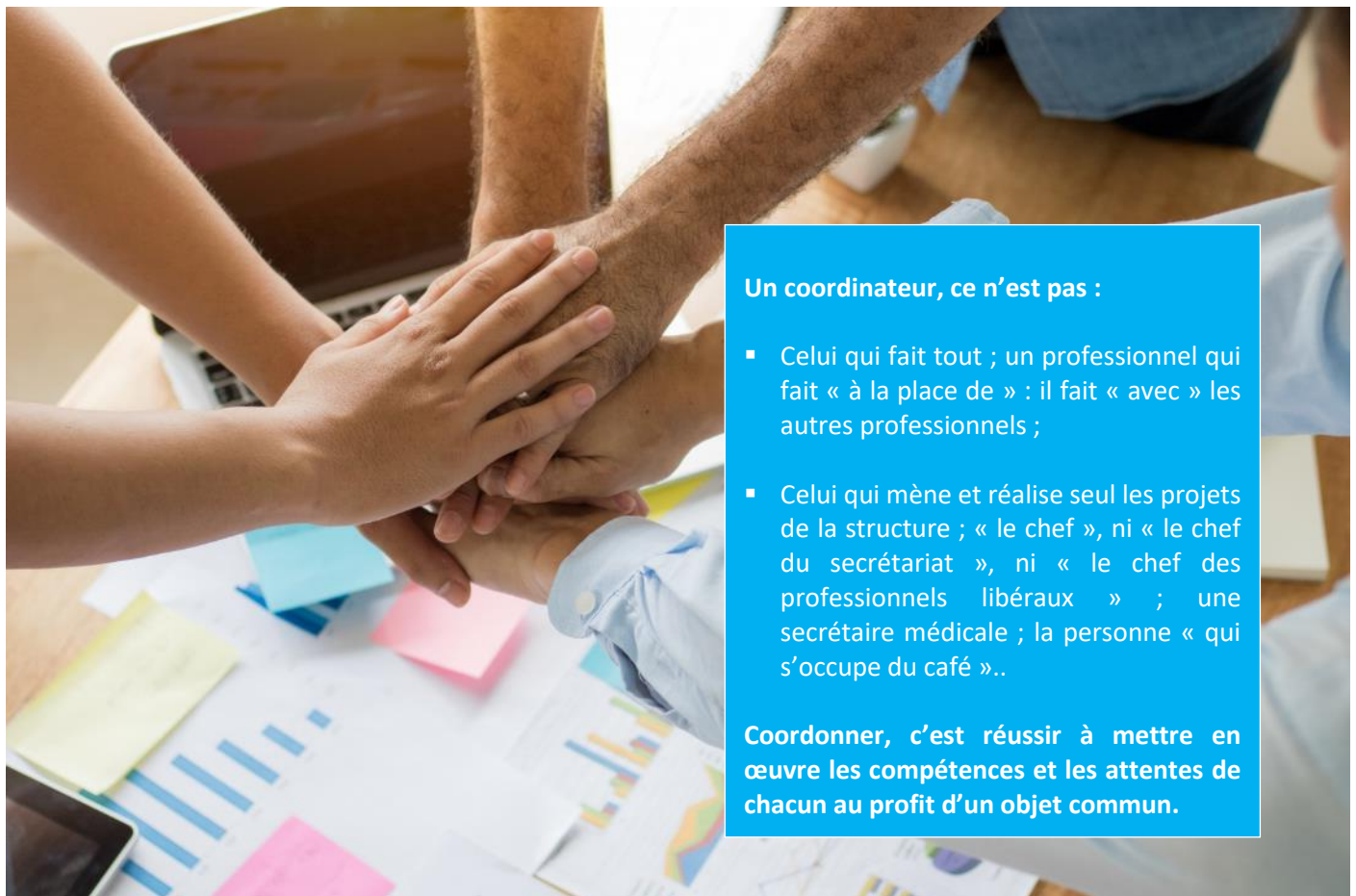
Statut du coordinateur

Il peut être fait appel soit à un coordinateur salarié soit à un indépendant :

- Coordinateur embauché directement par l'association/SISA ;
- Coordinateur indépendant, rémunéré par la structure sous forme de prestations de services ;
- Ou encore, conventionnement avec l'un des professionnels de santé de l'équipe peut assurer ces missions de coordination, à temps partiel.

Financement de la fonction de coordination

- Lors de la création de la MSP, un financement FIR de l'Agence Régionale de Santé peut être octroyé pour l'utilisation des services d'un coordinateur.
- Ensuite, dans le cadre du fonctionnement de la MSP, l'ACI prévoit une valorisation financière de la fonction de coordination.
- Il est également possible de solliciter l'aide d'une collectivité territoriale (Commune, communauté de communes...) et/ou de l'Agence Régionale de Santé qui peuvent financer le poste de coordinateur ou bien le mettre à disposition de la MSP.



Un coordinateur, ce n'est pas :

- Celui qui fait tout ; un professionnel qui fait « à la place de » : il fait « avec » les autres professionnels ;
- Celui qui mène et réalise seul les projets de la structure ; « le chef », ni « le chef du secrétariat », ni « le chef des professionnels libéraux » ; une secrétaire médicale ; la personne « qui s'occupe du café »..

Coordonner, c'est réussir à mettre en œuvre les compétences et les attentes de chacun au profit d'un objet commun.



2^{ème} partie



Contractualisation, rémunération et démarche qualité

Maisons de Santé
Pluriprofessionnelles

- 1 Contractualisation ACI
- 2 Indicateurs du contrat
- 3 Calcul de la rémunération
- 4 Démarche Qualité



Contractualisation ACI

La contractualisation à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) permet de bénéficier d'une rémunération spécifique en contrepartie d'engagements portant sur trois axes : un accès aux soins renforcés, un travail d'équipe et de coordination facilité, un développement des systèmes d'information.

Cet accord relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles a été signé le 20 avril 2017. Il se substitue au règlement arbitral de 2015 qui avait généralisé le financement par l'Assurance Maladie des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel mis en place à titre expérimental en 2008.

Ce nouvel accord s'inscrit dans sa continuité : le principe d'une rémunération conventionnelle basée sur l'atteinte d'indicateurs demeure. Certains indicateurs ont évolué pour mieux prendre en compte l'organisation, les coûts d'équipement, et la relation avec les patients.

La contractualisation se fait sous forme d'un contrat signé entre la maison de santé, la Caisse d'Assurance Maladie de rattachement de la structure et l'ARS.

A titre d'exemple, la rémunération moyenne versée à une MSP au titre de l'ACI pour l'année 2018 s'est élevée à 63 540 € au niveau national et 60 400 € en région Occitanie.



Les principes des ACI

Atteinte de différents types d'indicateurs :

- 1. Indicateurs SOCLES ET PREREQUIS :** la MSP doit s'engager sur ces indicateurs et leur atteinte conditionne le déclenchement du calcul de la rémunération ;
- 2. Indicateurs SOCLES :** la MSP doit s'engager sur ces indicateurs socles qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée ;
- 3. Indicateurs OPTIONNELS :** la MSP a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs.

Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en avril N+1), il faut atteindre les indicateurs « socles et prérequis ». Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant correspondant à l'atteinte à hauteur de 100% des indicateurs « socles et prérequis » et « socles ».

Attribution de points dès lors que l'indicateur est atteint :

- Points fixes ;
- Points variables en fonction de la patientèle ;
- Points dépendant du nombre de professionnels de santé associés.

Rémunération de l'atteinte des indicateurs : chaque indicateur est valorisé avec un nombre de points, le point étant valorisé à 7 euros.



Structures ayant déjà contractualisé sur la base du règlement arbitral de 2015

Il s'agira de signer le nouveau contrat-type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, sans avoir à présenter un nouveau dossier. L'engagement sera de 5 années, aux côtés de l'ARS et de la CPAM de rattachement.

Structures n'ayant pas contractualisé sur la base du règlement arbitral de 2015

L'élaboration du dossier de demande de souscription au contrat

La demande de contractualisation doit être effectuée auprès de la CPAM de rattachement en joignant les documents suivants :

- Les statuts de la structure (SISA). Pour les structures non constituées en SISA, il est demandé la transmission d'une attestation d'engagement des membres de la future SISA à se constituer sous forme de SISA dans un délai maximal de six mois à compter de la signature du contrat ;
- La copie du projet de santé de la structure ;
- La liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure pour les structures constituées en SISA ;
- La liste des futurs associés de la structure pour les structures en cours de constitution en SISA ;
- La liste des professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la MSP sans en être associés (pour les années 2017 et 2018 uniquement) ;
- Le cas échéant, la liste des professionnels assurant des vacations au sein de la structure.

Pour les listes précitées, les informations suivantes doivent figurer pour chaque professionnel de santé : nom, prénom, numéro assurance maladie (numéro utilisé pour la facturation à l'assurance maladie), numéro RPPS (pour les professions concernées), profession exercée (ou spécialité pour les médecins).

Les structures pluriprofessionnelles pouvant bénéficier de la rémunération spécifique sont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (mono ou multisites) et les Centres de Santé. Pour en bénéficier, les maisons de santé doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

- Être constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie au nom de la structure elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, comme la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

A titre dérogatoire et afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constituée sous la forme juridique requise peuvent signer un contrat conforme au contrat-type sous réserve de l'engagement de ses membres (cosignataires du contrat) de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat ;

- Avoir élaboré un projet de santé validé par l'ARS, en cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS).



Des pièces facultatives peuvent être communiquées, le cas échéant, par la MSP au moment du dépôt de son dossier.

Elles permettent de faciliter l'examen conjoint de l'Assurance Maladie et de l'ARS sur la recevabilité du dossier notamment au regard de la situation de la structure par rapport aux engagements souscrits dans le cadre du contrat proposé :

- Document attestant des horaires d'ouverture de la structure (et la demande éventuelle de dérogation au regard de l'organisation régionale spécifique du dispositif de PDSA) ;
- Document attestant de l'organisation des consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.) ;
- Document attestant de la mise en place de procédures de transmission des données médicales nécessaires aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge des patients de la structure ainsi qu'aux services et établissements sanitaires et médico-sociaux en cas d'hospitalisation ;

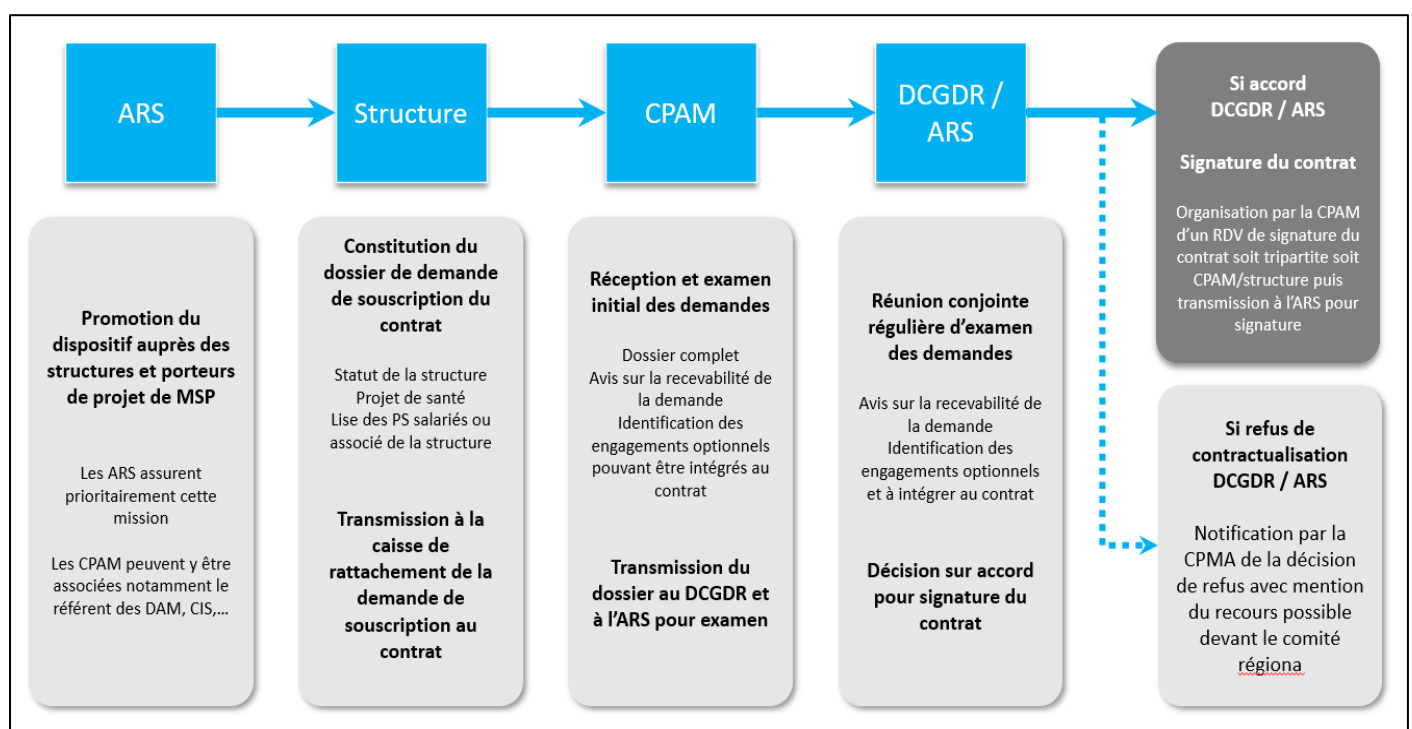


- Copie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ;
- Copie des factures de logiciels, bon de commande, contrat de maintenance, abonnement ou location attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP, ou attestant de la mise en place d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 ;
- Liste des missions de santé publique complémentaires que la structure souhaite voir intégrer à son contrat ;

Le traitement du dossier de demande

Dans les 2 mois à réception du dossier complet, la CPAM de rattachement et l'ARS étudient ensemble la demande :

- Si la demande est acceptée : un rendez-vous est organisé pour la signature du contrat ;
- Si la demande est rejetée : une notification motivée est adressée à la structure. Un délai de 2 mois est accordé pour contester la décision auprès du Comité régional de suivi.



Source : www.ameli.fr



La contractualisation et le suivi des engagements

La signature du contrat type permet à la MSP, l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS de s'engager dans une démarche en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins sur le territoire identifié dans le projet. Ce contrat valorise le travail en équipe réalisé au sein de la structure qui favorise l'optimisation des parcours des patients.

L'objectif du contrat est de :

- Renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients ;
- Améliorer l'articulation entre les services et établissements de santé, les structures et services médicosociaux et le secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;
- Conforter l'offre de soins de premier recours.

Dans le cadre de ce contrat, la MSP s'engage à transmettre à l'organisme local d'Assurance Maladie l'ensemble des justificatifs permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements.

L'organisme local d'Assurance Maladie procède, en tant que de besoin, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération.

L'ARS s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé ainsi qu'à la vérification, le cas échéant, de la réalisation de missions de santé publique.

Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat, notamment ceux relatifs aux missions de santé publique définies dans l'ACI. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile. Le suivi du respect des engagements est proratisé en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

La durée du contrat et la conclusion d'avenants

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles.

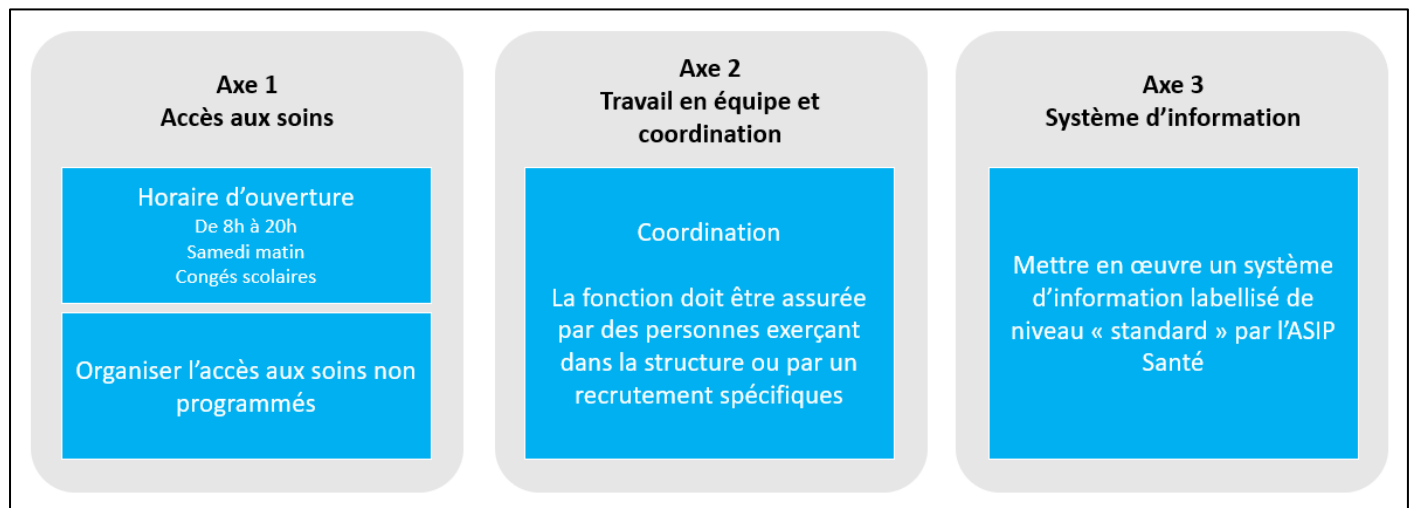
Un avenant au contrat peut être conclu en cas de modification du projet de santé de la structure intervenu notamment après vérification par l'ARS de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé.





Indicateurs du contrat

Indicateurs **SOCLES PREREQUIS** pour déclencher la rémunération



Indicateur « Horaires d'ouverture » :

La structure doit être ouverte de 8 heures à 20 heures* en semaine et le samedi matin de 8h à 12h* et pendant les congés scolaires (rémunération maximale) : ouverture de la structure sur l'amplitude horaire sans nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire.

La structure bénéficie d'une rémunération minorée si les plages horaires d'ouverture sont d'une amplitude comprise entre 8h et 12h en semaine ou si la structure est fermée le samedi matin.

*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) et sous réserve d'une dérogation de l'ARS et de l'organisme d'Assurance Maladie inscrite dans le contrat

Indicateur « Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré » :

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

- Disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),
- Possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure...

Indicateur « Fonction de coordination » :

La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction.

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'Assurance Maladie, ARS...) ou collectivités.





Indicateur « Système d'information niveau standard » :

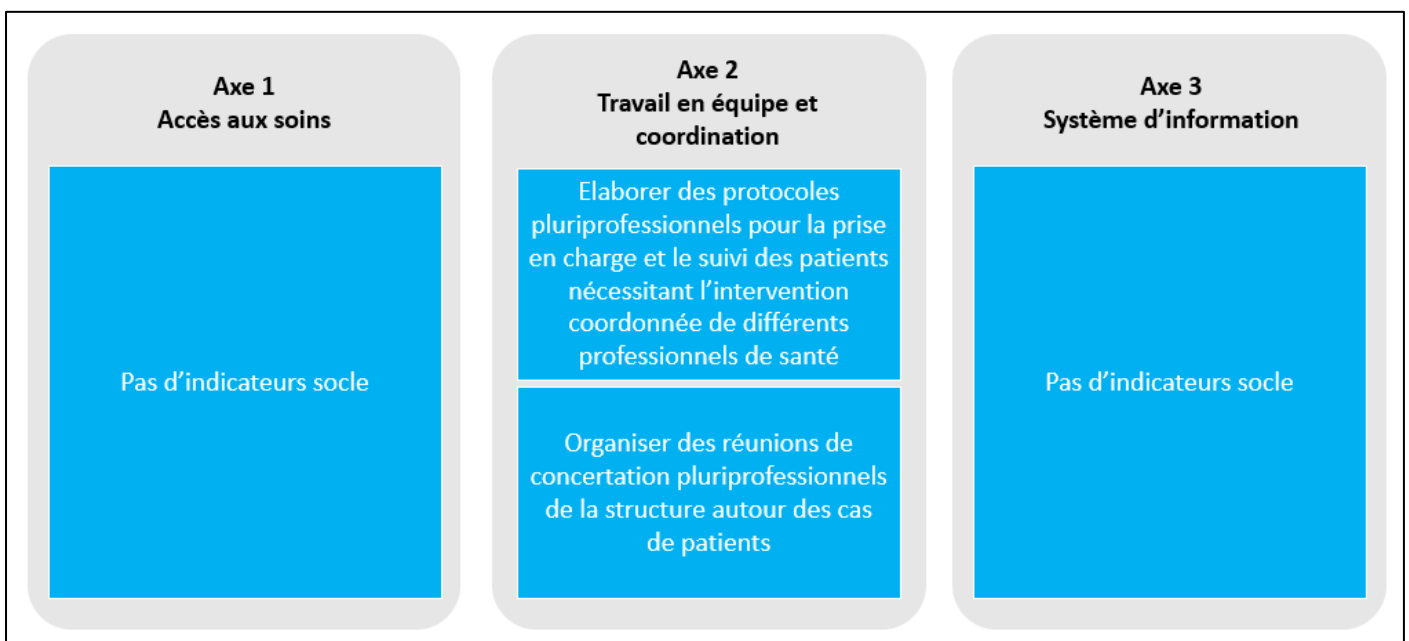
La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'Agence du Numérique en Santé (qui succède à l'ASIP Santé) intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle - [Lien vers les solutions labellisées](#)

Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.



Indicateurs SOCLES

La structure doit obligatoirement s'engager sur ces indicateurs qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée :



Indicateur « Protocoles pluriprofessionnels » :

Elaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Ces protocoles doivent :

- S'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,
- Etre conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (HAS, ANSM, Santé Publique France...),
- Etre adaptés à chaque équipe,
- Répondre à un vrai besoin,

- Formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
- Etre simples, aisément consultables lors des soins,
- Préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),
- Etre réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.

[Lien HAS - Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels](#)

Indicateur « Concertation pluriprofessionnelle » :



Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients relevant d'un des thèmes listés précédemment. Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre.

Un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé.

Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5 % des patients médecins traitants* présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.

Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.

* A compter de l'année 2019, la patientèle correspond à la patientèle médecin traitant déclarée des médecins associés de la structure (quel que soit l'âge des patients) au 31 décembre de l'année de référence.

Thèmes à privilégier pour l'élaboration de protocoles de prise en charge pluri professionnelle et pour la tenue de réunions de concertation réalisées autour de dossiers de patients :

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

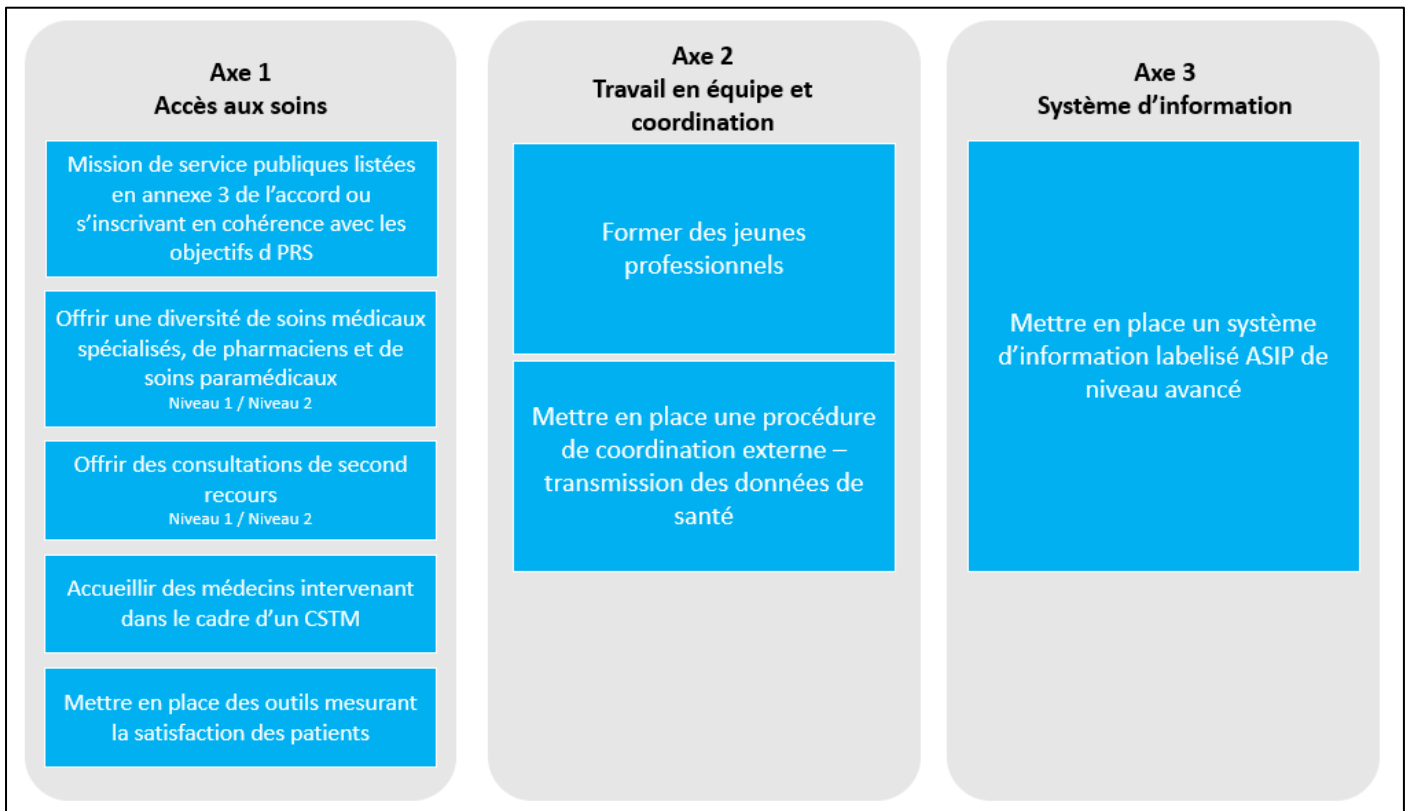
Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à cette liste font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.





Indicateurs **OPTIONNELS**

La MSP n'est pas obligée de réaliser les indicateurs optionnels. Ces indicateurs permettent simplement aux structures qui le souhaitent un complément de leur rémunération :



Indicateur « Missions de santé publique » :

Réalisation d'au moins 2 missions de santé publique à choisir dans la liste suivante, ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs PRS :

- Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale,
- Lutte contre la tuberculose,
- Surpoids et obésité chez l'enfant,
- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans,
- Prévention du suicide,
- Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA),
- Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité,
- Education thérapeutique et éducation à la santé.

A noter : la rémunération de cet indicateur est plafonnée à 2 missions. La MSP peut remplir une 3^{ème} et 4^{ème} mission, mais celles-ci ne seront pas valorisées par des points complémentaires.

Indicateur « Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure » :

Présence parmi les associés de la structure (et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la MSP) d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine :

- OU de 3 professions paramédicales différentes – Niveau 1
- ET de 3 professions paramédicales différentes – Niveau 2

Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4^{ème} partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.



Indicateur « Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure » :

Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure :

- Représentant en moyenne 2 JOURS PAR MOIS – Niveau 1
- Représentant en moyenne au minimum 2,5 JOURS PAR SEMAINE (soit 0,5 équivalent temps plein) – Niveau 2

Indicateur « Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM » :

Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un CTSM (médecins installés hors zones sous denses qui viennent prêter main forte à leurs confrères exerçant en zones sous denses).

Indicateur « Satisfaction des patients » :

Mise en place, en collaboration, si possible avec des représentants des patients, d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure (sur les modalités d'accueil, de contacts avec la structure, etc...) avec les deux actions suivantes :

- La mise en place d'un questionnaire,
- La mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échange), et, le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure.

Indicateur « Formation des jeunes professionnels » :

La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé) et selon les modalités propres à chaque profession.

Indicateur « Coordination externe » :

La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :

- Les professionnels de santé extérieurs à la structure ;
- Les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation ;
- Les structures et services médico-sociaux ;
- Les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).

Cette procédure permet notamment la transmission du Volet Médical de Synthèse (VMS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.

Indicateur « Système d'information niveau avancé » :

La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « avancé » par l'Agence du Numérique en Santé (qui succède à l'ASIP Santé) intégrant des fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé - [Lien vers les solutions labellisées](#)



Calcul de la rémunération

La valorisation des indicateurs

L'Assurance Maladie procède au calcul de la rémunération en fonction du niveau de réalisation des indicateurs. L'atteinte de chaque indicateur donne lieu à l'attribution de points fixes ou de points variables. La valeur du point est fixée à 7 euros.

Indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points fixes :

La rémunération est calculée de la manière suivante :
Rémunération fixe = Nombre de points fixes × 7 euros

Indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables en fonction de la patientèle :

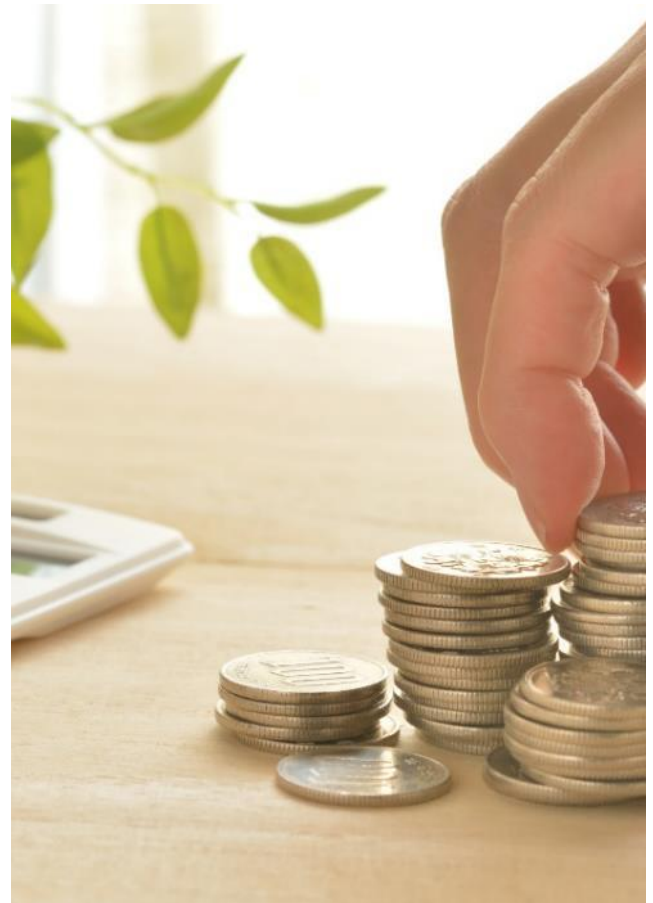
Le nombre de points correspond au nombre de points attribué en cas d'atteinte de l'indicateur pour une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé). Le nombre de points attribué est proratisé en fonction de la patientèle de la structure selon le calcul suivant :

Rémunération variable = Nombre de points variables × Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4000) × 7 euros

Exemple : pour l'indicateur relatif à la « fonction de coordination », une MSP ayant atteint l'indicateur et ayant une patientèle de 10 000 patients bénéficiera de la rémunération suivante sur cet indicateur :

Nombre de points = 700 points fixes + 1 350 points variables × (8 000 / 4000) + 1 000 points variables × (2 000 / 4000) = 700 + 2 700 + 500 = 3 900 points
Rémunération = 3 900 points × 7 euros = 27 300 euros.

Calcul de la patientèle de la structure : la patientèle de la structure correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée). Cette règle est applicable à partir de l'année 2019.



Par dérogation, pour les années 2017 et 2018, afin de tenir compte notamment de la montée en charge progressive du dispositif médecin traitant de l'enfant instauré par la loi de modernisation de notre système de santé, la patientèle de la structure est calculée en réalisant la somme :

- Du nombre de patients de plus de 16 ans ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la MSP sans en être associé observé au 31 décembre de l'année de référence ;
- Du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant bénéficié d'au moins 2 soins de médecins généralistes associés de la MSP (ou par dérogation signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associés).



Indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables en fonction du nombre de professionnels de santé :

Pour l'indicateur sur le « système d'information », le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

Exemple : une MSP atteignant l'indicateur « système d'information niveau standard » et composée de 20 professionnels bénéficiera de la rémunération suivante pour cet indicateur :

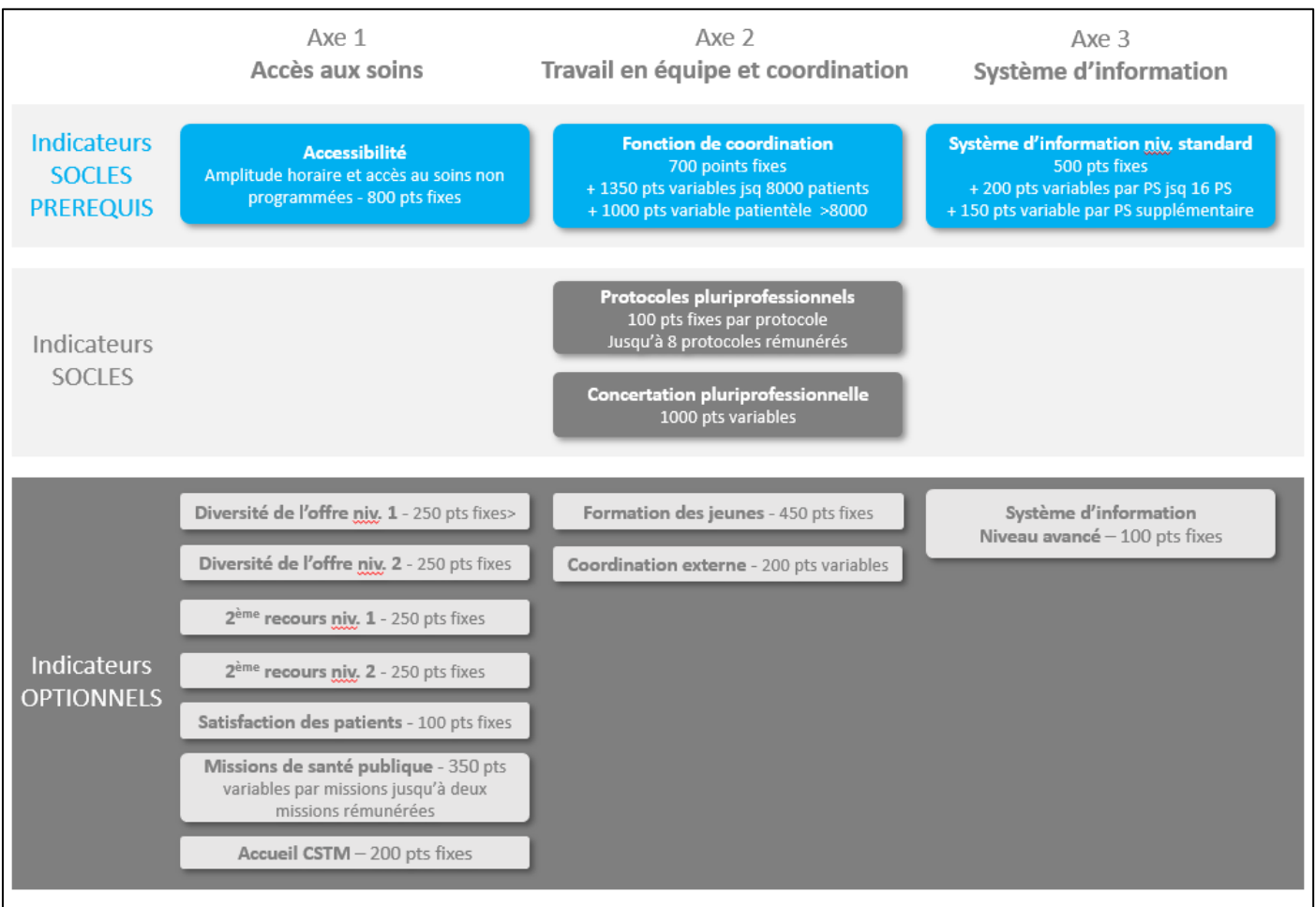
Nombre de points = 500 points fixes + 200 points/PS × 16 + 150 points/PS × 4 = 500 + 3 200 + 600 = 4 300 points
Rémunération = 4 300 points × 7 euros = 30 100 euros.

Calcul du nombre de professionnels associés de la structure : le nombre de professionnels de santé associés de la structure (ou pour 2017 et 2018

également des professionnels signataires du projet de santé et exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la MSP) comptabilise les professionnels suivants : Médecins des différentes spécialités médicales, Médecins à Expertise Particulière (MEP), Sages-femmes, Chirurgiens-dentistes ; Pharmaciens ; Biologistes ; Professions paramédicales - Auxiliaires médicaux, Aides-Soignants et Ambulanciers ; Infirmières, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédiatres-podologues, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes, Orthoptistes, Audioprothésistes, Opticiens, Prothésistes et Orthésistes, Manipulateurs d'Electroradiologie, Techniciens de Laboratoire, Diététiciens, Aides-soignants, et Ambulanciers.

La rémunération attribuée à la structure correspond à la somme des rémunérations calculées pour les indicateurs atteints par la structure. L'appréciation de l'atteinte des indicateurs est réalisée par année civile.

Le montant de la rémunération est proratisé, le cas échéant, en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.



Source : Assurance Maladie

Le détail de chaque indicateur est précisé sur le site de l'Assurance Maladie sous forme de fiches : [Lien vers des fiches synthèse par indicateur](#)



Exemple : Rémunération possible pour une patientèle de référence de 4 000 patients et 16 professionnels associés :

- Pour un taux d'atteinte à 100 % des indicateurs « pré-requis socles » et des indicateurs « socles » : 7 750 points sont attribués, soit une rémunération possible de 54 250 € pour une année complète ;
 - Pour un taux d'atteinte à 100 % des indicateurs optionnels : 2 750 points sont attribués, soit une rémunération complémentaire possible de 18 900 € pour une année complète ;
- Soit une rémunération totale de 73 150 €.



Le calcul d'une majoration de précarité

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure avec l'application d'une « majoration de précarité » (taux de sur précarité de la structure par rapport à la moyenne nationale). Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et du taux de patients bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) parmi la file active de la MSP :

- **Taux de patients CMUC de la MSP** = (Nombre de patients CMUC ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la MSP) / (Nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un MG associé de la MSP*)
- **Taux de patients AME de la MSP** = (Nombre de patients AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la MSP) / (Nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un MG associé de la MSP*)

Le versement de la rémunération

Pour bénéficier de la rémunération, la structure doit :

- Être éligible et avoir adhéré au contrat conventionnel ;
- Avoir atteint l'ensemble des indicateurs « socles prérequis »
- Avoir transmis les pièces justificatives requises avant le 31 /01 de l'année N+1 (cf « liste des pièces justificatives » en annexe).

La rémunération est versée à la structure (SISA) et non à chaque professionnel de santé associé. La structure est libre ensuite d'utiliser la somme versée comme elle le souhaite.

Pour résumer les différents points vus précédemment, la rémunération se calcule en tenant compte des éléments ci-contre:

A noter : la rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement relevant de l'Assurance Maladie.

Atteinte des indicateurs

Patientèle de la structure

Patientèle MT de la structure

File active de la structure

Taux de précarité de la structure

Nombre de PS associés

Nombre de points



La rémunération est composée de 2 parts et versée pour une année civile :

Le versement de l'avance :

- Correspond à 60 % de la rémunération pour un taux d'atteinte de 100 % des indicateurs « prérequis socles » et « socles » et pour une année complète. ;
- Versée dans les 3 mois suivant la date de contractualisation si la structure vient d'adhérer à l'accord, ou au plus tard le 30 avril de l'année N. Elle est proratisée en fonction de la date de contractualisation.

Le versement du solde :

- Différence entre le montant de la rémunération totale annuelle et le montant de l'avance versée.
- Au plus tard le 30 avril de l'année N+1

MSP nouvellement constituées :

Si le projet de santé a été déposé à l'ARS depuis moins d'un an à la date de contractualisation, la MSP bénéficie durant les 2 premières années civiles d'adhésion (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue + année civile suivant l'adhésion) :

- D'une garantie de versement d'une avance de 12 000 € pour une année pleine (montant proratisé si la contractualisation a lieu pendant l'année) ;
- D'une garantie d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 € pour une année pleine (montant proratisé si la contractualisation a lieu pendant l'année) ;
- D'une dérogation dans l'atteinte des indicateurs « prérequis socles » : l'atteinte de 2 indicateurs au lieu de 3 indicateurs permet de déclencher la rémunération.

A noter : sont considérées comme nouvelles structures, celles s'étant vu attribuer leur numéro FINESS en tant que SISA depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

MSP disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ASIP santé :

Par dérogation, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs « socles et prérequis » sont atteints à l'exception de l'indicateur « Système d'information niveau standard ».

Cette dérogation s'applique durant 2 années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée et l'année suivante. Durant cette période, la structure conserve le bénéfice, à titre dérogatoire, des rémunérations liées à l'indicateur sur le système d'information sous réserve que celui-ci ait été atteint les années précédentes.





Démarche qualité

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles peuvent réaliser une auto-évaluation du fonctionnement de leur structure. L'outil support de la démarche qualité en MSP est la matrice de maturité en soins primaires.

C'est un référentiel d'analyse de progression réalisé par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui peut servir de support pour évaluer l'avancée du projet, définir des axes d'amélioration ou de développement.

La matrice de maturité représente un cahier des charges décrivant une organisation cible, optimale, pour les équipes pluriprofessionnelles, à mettre en place très progressivement, étape par étape, sur plusieurs années. Ce n'est pas un outil d'évaluation externe, de labellisation ou de financement.

Structuration de la démarche

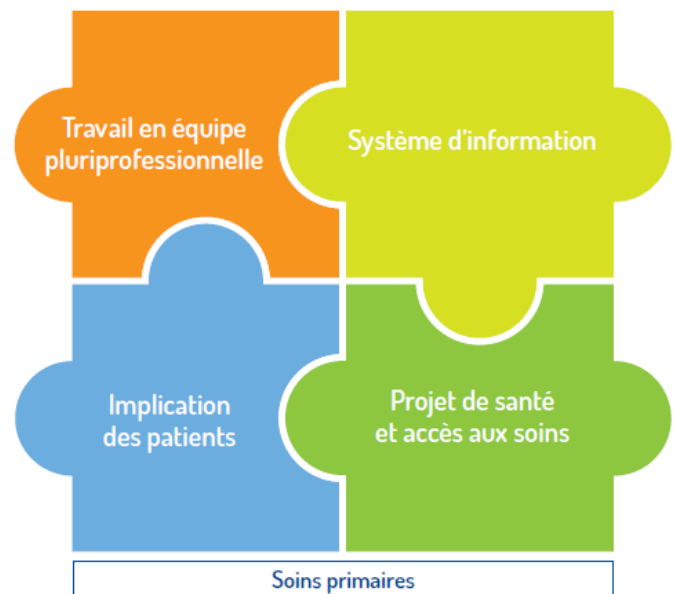
Le référentiel est structuré autour de 4 axes :

- Le projet de santé et l'accès aux soins,
- Le travail en équipe pluriprofessionnelle,
- Le système d'information,
- L'implication des patients.

Chaque axe est décliné en 3 à 5 dimensions qui contribuent à organiser une prise en charge globale et coordonnée. Chaque dimension est elle-même composée de 5 caractéristiques qui correspondent aux éléments de structuration/performance d'une dimension.

La matrice de maturité en soins primaires permet une réflexion collective sur différents items fondamentaux dans la vie en exercice coordonné.

Chaque équipe ayant un fonctionnement différent, il est important que les critères de la matrice soient préalablement choisis et précisés en équipe et correspondent bien à la vision que l'ensemble des professionnels se fait d'un travail coordonné « de qualité ». Par exemple, dans l'axe « Travail en équipe pluriprofessionnelle », la notion de régularité des Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles (RCP) ou de fréquence « idéale » pourra être discutée en équipe.





Comment organiser la démarche d'une équipe ?

Une équipe peut choisir d'utiliser directement ce référentiel pour analyser son organisation. De façon schématique, ce référentiel peut être utilisé de la façon suivante :

1- L'équipe choisit l'(les) axe(s) sur le(s)quel(s) elle souhaite s'autoévaluer.

2- Pour chaque axe, elle choisit la (les) dimension(s) sur laquelle (lesquelles) elle souhaite s'autoévaluer.

3- Pour une dimension donnée :

- Chaque professionnel de l'équipe pointe les caractéristiques mises en œuvre d'après lui ;
- L'équipe partage ensuite le résultat de ce travail pour obtenir un consensus sur les caractéristiques de leur organisation ;
- L'équipe se positionne, pour l'ensemble de la dimension, sur une échelle analytique à quatre niveaux « aucun élément, quelques éléments, la plupart des éléments, tous les éléments » ; voire une échelle temporelle « jamais, quelquefois, souvent, toujours ».

Sur cette base, l'équipe définit les objectifs/progression à atteindre au cours de l'année à venir (voire ceux des années précédentes à renforcer).

Pour cela, elle détermine, parmi les caractéristiques qui n'ont pas encore été intégrées dans sa façon de travailler (ou qui sont à renforcer), la (les)quelle(s) pourraient être envisagées c'est-à-dire la (les)quelle(s) sont :

- Simples,
- Faisables à court terme,
- Acceptées par l'ensemble de l'équipe.

4- L'équipe définit ensuite les moyens et les modalités pour mettre en œuvre les actions retenues et pour évaluer l'atteinte des objectifs.



Exemple :

Pour les RCP, si l'équipe se réunit déjà régulièrement avec un ordre du jour mais sans compte rendu et qu'elle a déjà bien intégré la deuxième caractéristique, elle pourrait définir :

Les objectifs suivants :

- Rédiger un compte rendu systématiquement ;
- Se réunir une fois pour préciser/définir « les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par la pathologie ou les situations cliniques » ;
- Suivre les décisions.

Les moyens et les modalités suivants pour atteindre ces objectifs :

- Définir qui va rédiger le compte rendu, quand le premier compte rendu sera rédigé et comment il sera diffusé ;
- Définir date de la réunion et un responsable pour l'organiser ;
- Reprendre le compte rendu précédent en début de réunion.

Les caractéristiques de chacune des dimensions des quatre axes sont décrites et présentées sous forme de tableaux disponibles sur le site de la HAS, avec pour chaque axe une liste d'outils adaptés aux prises en charge en ambulatoire : [Lien HAS - Support Matrice de maturité](#)



Travail en équipe pluriprofessionnelle

- Réunion de concertation pluriprofessionnelle
- Protocoles pluriprofessionnels
- Coordination avec les acteurs du territoire
- Dynamique d'équipe

La plupart du temps, ce sont les échanges informels entre professionnels, avant même l'organisation des premières réunions, qui traduisent l'organisation en cours. Il s'agit d'évoquer des cas compliqués et aussi de mieux communiquer entre professionnels. Très rapidement des réunions régulières s'organisent facilitant l'échange avec l'ensemble de l'équipe.

Ces réunions sont aussi l'occasion d'harmoniser les pratiques et les messages délivrés (protocoles pluriprofessionnels). L'équipe va aussi à la rencontre des autres acteurs du territoire pour organiser les interfaces entre les structures médicales et médico-sociales et faciliter ainsi la prise en charge des mêmes patients.

Système d'information

- Partage de données
- Gestion des données cliniques
- Analyses des pratiques

Que le système d'information vienne en soutien des nouvelles organisations et pratiques mises en place ou qu'il en soit le déclencheur, cela revient au même ; il est indissociable de ces nouvelles organisations visant à mieux coordonner les différentes interventions.

Il facilite la communication entre les professionnels au sein d'une même structure ou entre plusieurs structures de soins, l'identification de façon systématique – et en dehors de l'urgence de la pratique quotidienne – de groupes de patients pour lesquels un renforcement du suivi serait nécessaire, l'analyse des résultats cliniques ou des processus de soins, etc.

Cela implique qu'il soit utilisé de façon à pouvoir exploiter ses différentes fonctionnalités. Une partie d'entre elles suppose de recueillir des données cliniques de manière standardisée.

Projet de santé et accès aux soins

- Projet de santé de l'équipe
- Accès aux soins
- Continuité des soins
- Gestion du projet de santé de l'équipe

Une équipe s'inscrit dans un territoire local. Elle est attentive à répondre aux besoins de la population de ce territoire. Pour cela, elle se fixe des objectifs, à partir des besoins qu'elle a identifiés, partagés par l'ensemble des membres de l'équipe. Elle s'organise pour assurer son accessibilité à l'ensemble des patients qu'elle prend en charge et la continuité de leur prise en charge.

Implication des patients

- Information des patients
- Education thérapeutique
- Plan Personnalisé de Santé
- Prise en compte de l'expérience des patients
- Soutien aux aidants

Les malades ont changé. Dans un contexte plus vaste d'évolution des relations sociales, les malades et leur entourage, de plus en plus connectés à des sources d'information, prennent une part croissante au suivi quotidien de leur(s) maladie(s).

En plus de l'accès à Internet, deux évolutions significatives ont marqué l'évolution des malades : l'accès aux données du dossier médical (2002) puis la reconnaissance de l'éducation thérapeutique (2009) et surtout, au-delà, de la prise d'autonomie du malade. Si bien que la relation médecin-malade – qui continue fondamentalement d'être établie sur le colloque singulier – s'en trouve modifiée.

Ainsi, le mode de relation habituel évolue progressivement vers une relation de type contractuel, où les décisions sont davantage expliquées, au point que le vocable de décision médicale... partagée s'en est trouvé consacré.



Annexes



- 1 Comparatif MSP / CPTS
- 2 SISA – Récapitulatif des formalités à accomplir
- 3 Pièces justificatives conditionnant la rémunération
- 4 Calcul d'une majoration de précarité
- 5 Grille démarche qualité
- 6 Nouveauté ACI 2015 / 2017



Annexe 1

Comparatif MSP / CPTS

	MSP	CPTS
Références réglementaires	CSP L. 1411-11-1	CSP L. 1434-12
Composition	Professionnels de ville (1er et 2ème recours), au moins 2 médecins et un paramédical	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médicosocial)
Forme juridique	Association et/ou Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) pour l'adhésion à l'Accord Cadre Interconventionnel (ACI)	Toute forme d'organisation (association Loi 1901 à privilégier)
Territoire	Correspond à celui de la patientèle des professionnels de santé de la MSP (approche patientèle)	Correspond à celui de la population ciblée (approche populationnelle)
Objectifs	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire, privilégier l'organisation des soins de proximité du patient	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire, privilégier l'organisation des parcours du patient
Projet de santé	Obligatoire. Fixe les modalités de coordination et les actions à mener. Pour les maisons et centres, leur projet s'impose à leurs membres.	Obligatoire. Fixe le territoire, les modalités de travail pluripartenarial et les actions à mener.
Contractualisation	Contractualisation des MSP labellisées par l'ARS avec la CPAM et l'ARS dans le cadre de l'ACI	Contrat territorial de santé entre la CPTS et l'ARS qui fixe les engagements réciproques des acteurs

Annexe 2

SISA – Récapitulatif des formalités à accomplir

SISA À CAPITAL FIXE		SISA À CAPITAL VARIABLE (SCV)		
Formalités à la création	Formalités en cas d'entrées et/ou de sorties	Formalités à la création d'une SCV	Formalités pour devenir SCV	Formalités en cas d'entrées et / ou de sorties (dans la fourchette du capital)
Rédaction de statuts	Modification des statuts, à l'unanimité des associés (dans le cadre d'une assemblée générale extraordinaire) pour chaque entrée et sortie d'associé, sauf clause contraire prévue aux statuts	Rédaction de statuts prévoyant le capital minimum et le capital maximum autorisés	Modification des statuts, à l'unanimité des associés (dans le cadre d'une assemblée générale extraordinaire) pour insérer une clause de variabilité de capital à insérer dans les statuts (prévoyant le capital minimum et le capital maximum autorisés)	Sans formalité
Une fois le capital intégralement souscrit, les modalités de la libération des apports* -immédiate ou échelonnée- sont définies statutairement	Modalités de libération -immédiate ou échelonnée- de l'apport* de l'associé entrant, définies statutairement	Une fois le capital intégralement souscrit, libération des apports* à hauteur de 1/10 du capital social, <i>a minima</i>	Une fois le capital intégralement souscrit, libération des apports* à hauteur de 1/10 du capital social, <i>a minima</i>	Modalités de libération -immédiate ou échelonnée- de l'apport* de l'associé entrant, définies statutairement
Avis de la création de la société dans un journal d'annonces légales*	Avis, dans un journal d'annonces légales*, lors des changements d'associés (modification des statuts)	Avis de la création de la société dans un journal d'annonces légales*	Avis de la création de la société dans un journal d'annonces légales*	Avis, dans un journal d'annonces légales, de changement du représentant légal ou du gérant / Pas d'avis pour les changements des autres associés
Enregistrement des statuts au RCS	Enregistrement des statuts modifiés au RCS	Enregistrement des statuts au RCS	Enregistrement des statuts modifiés au RCS	Sans formalité
Déclaration de l'identité des associés au RCS	Déclaration modificative de l'identité des associés au RCS	Déclaration de l'identité des associés au RCS	Sans formalité	Déclaration modificative de l'identité des associés au RCS



Annexe 3

Pièces justificatives conditionnant la rémunération

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Horaires d'ouverture Soins non programmés 	SOCLE-PREREQUIS	Charte d'engagement	Voir modèle-type en annexe 4 de l'ACI La charte doit être également affichée dans la structure
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Fonction de coordination au sein de la structure 	SOCLE-PREREQUIS	Document attestant de la mise en place de cette fonction : <ul style="list-style-type: none"> Copie du contrat de travail Fiche de poste Etc... 	
AXE 3 : système d'information	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP de niveau « standard » 	SOCLE-PREREQUIS	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location... 	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des protocoles pluri-professionnels 	SOCLE	Copie des protocoles élaborés	
	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle 	SOCLE	<ul style="list-style-type: none"> Calendrier des réunions sur l'année civile N Nombre de dossiers examinés par réunion 	Les comptes rendus ne sont pas transmis mais tenus à la disposition du service médical de la caisse

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des missions de santé publique 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Contrat conclu avec la structure : 	les modalités de contrôle doivent être précisées en annexe du contrat conclu
	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une diversité de soins <ul style="list-style-type: none"> Niveau 1 Niveau 2 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels associés de la structure (ou pour 2017 et 2018 également des professionnels signataires du projet de santé et exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure) 	liste mentionne : <ul style="list-style-type: none"> identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée Le temps hebdomadaire de présence
	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des consultations de de second recours 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels extérieurs vacataires au cours de l'année civile 	liste mentionne : <ul style="list-style-type: none"> identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée Le temps hebdomadaire de présence
	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir des médecins signataires d'un contrat CSTM 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels concernés Copie du contrat CSTM 	
	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des patients 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Document attestant de la mise en place d'outils d'évaluation de la satisfaction des patients et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés 	Exemple : <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires Comptes rendus réunions Plan d'action liste des améliorations proposées

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Former des professionnels de santé 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Copie de l'attestation ou convention de stage 	Identifier le nom du stagiaire, la profession et les dates de stage
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une procédure de transmission des données de santé nécessaire à la prise en charge des patients vers des PS extérieurs, des établissements sanitaires, des structures et services médico-sociaux etc 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Document attestant de la mise en place des procédures 	
AXE 3 : système d'informations	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP de niveau « avancé » 	OPTIONNEL	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location... 	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document



Annexe 4

Calcul d'une majoration de précarité

Le taux de patients CMUC et le taux de patients AME de la MSP sont comparés aux taux nationaux de patients CMUC et AME afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

Si part de patients CMUC > à la moyenne nationale et part de patients AME > à la moyenne nationale :

Majoration de précarité

=

Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC

+

Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

Si part de patients CMUC > à la moyenne nationale et part de patients AME = ou < à la moyenne nationale :

Majoration de précarité

=

Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC

Si part de patients AME > à la moyenne nationale et part de patients CMUC = ou < à la moyenne nationale :

Majoration de précarité

=

Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %

Exemple :

Taux CMUC de la structure = 17,5 %

Taux national = 7,5 %

= 10 points de différence

Taux AME de la structure = 5,4 %

Taux national = 0,4 %

= 5 points de différence

Soit 15 points de différence = Majoration applicable est égale à 15



Annexe 5

Grille démarche qualité

Exemple de tableau à remplir pour les RCP (Travail en équipe pluriprofessionnelle)

Caractéristiques*	1. La caractéristique considérée est-elle intégrée à votre pratique			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mettre en place CR CR rédiger par XX ; Début lors de la prochaine réunion ; CR diffusé par mail.
Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluripro (protocoles pluripro...).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Définir modalités de représentation et expression Organiser une réunion dans les 2 mois. Responsable. XX.
Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un suivi des décisions est organisé.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organiser suivi des réunions CR précédent repris en début de réunion ; Début : dès 1 ^{er} CR.

* Pour chaque dimension, 5 caractéristiques ont été identifiées. Elles correspondent aux éléments de structuration/de performance d'une dimension. Chaque caractéristique peut contenir plusieurs éléments (par ex la 1^{re} caractéristique contient trois éléments : fréquence régulière ; ordre du jour ; compte rendu).

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunions de concertation pluriprofessionnelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : HAS



Annexe 6

Nouveautés ACI 2017 par rapport au règlement arbitral de 2015

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de 2017 se substitue au règlement arbitral du 23 février 2015 qui avait généralisé le financement par l'Assurance Maladie des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel mis en place à titre expérimental à partir de 2008.

Nouveautés pour les indicateurs « socles prérequis »

- Possibilité d'avoir des horaires minorés par rapport à l'amplitude horaire maximale (dans ce cas, minoration de la rémunération) ;
- Fonction de coordination constituant désormais un indicateur à part entière de l'axe travail en équipe (et non plus un des items de l'axe accès aux soins) ;
- Calcul de l'indicateur pour la mise en place du système d'information en fonction du nombre de professionnels de santé associé à la structure (et non plus en fonction de la taille de la patientèle).

Nouveautés pour les indicateurs « socles »

- Valorisation de 8 protocoles pluriprofessionnels au maximum (et non plus 5).
Exemple : pour atteindre l'indicateur concernant l'élaboration des protocoles, 1 seul protocole élaboré suffit pour être rémunéré : 100 points seront valorisés. Si la structure réalise 8 protocoles, 800 points seront valorisés (8 protocoles valorisés au maximum). Cette progressivité dans l'atteinte des indicateurs permet à la structure de s'organiser pour monter en charge en fonction de ses moyens et augmenter progressivement sa rémunération.
- Réalisation d'au moins 6 réunions concertation pluriprofessionnelle par an entre professionnels de la MSP autour du cas des patients, afin de définir la stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre (non plus 12 réunions par an), et rémunération maximale (1 000 points variables par tranche de 4 000 patients) si le nombre de dossiers étudiés correspond à 5 % des patients ayant déclaré un médecin traitant dans la structure, présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans (auparavant 3% des patients de la structure). Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD (auparavant examen des dossiers de 3% des patients de la structure).

Nouveautés pour les indicateurs « optionnels »

Deux nouveaux indicateurs :

- Accueil de médecins dans le cadre d'un Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) : contrat défini dans la convention médicale et incitant les médecins libéraux à venir prêter main forte à leurs confrères dans les zones identifiées comme sous-denses en offre médicale.
- Evaluation de la satisfaction des patients permettant d'intégrer les usagers dans l'organisation de la structure.



Pour vous accompagner dans votre projet

Un site internet dédié, permettant de disposer d'outils et bien plus : témoignages, réglementations, supports types...

www.medecin-occitanie.org



La MSP en synthèse

La MSP est une structure de santé pluriprofessionnelle qui permet de répondre en partie aux nouveaux enjeux de santé et de renforcer l'offre de soins de proximité.

Des avantages pour les professionnels :

- Un exercice coordonné pour mieux prendre en charge les patients ;
- Des échanges interprofessionnels facilités ;
- Une souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail ;
- Une mutualisation des frais de fonctionnement du cabinet professionnel ;
- Des conditions d'exercice plus attractives pour les jeunes praticiens ;
- Une rémunération spécifique pour la structure s'ajoutant à la celle des professionnels de santé.

Des avantages pour les patients :

- Une offre de soins de proximité ;
- Un lieu de prise en charge la plus globale possible ;
- Une continuité de soins tout au long de l'année ;
- Une amélioration de la qualité de la prise en charge ;
- Un parcours de soins simplifié.

Des points de vigilance :

- Ne pas confondre MSP et CPTS ;
- Le projet de santé doit être issu d'une réflexion collective pour un travail coordonné de qualité ;
- Une réflexion sur le système d'information doit être menée dès la rédaction du projet de santé ;
- Importance de bien structurer et organiser la coordination interne et la coordination externe.