

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 26 octobre 2021
Par Mme ROGER Céline**

Titre :

Les Maisons de Santé

Membres du jury :

Président : Mr DECAUDIN Bertrand, Doyen de la faculté de Pharmacie de Lille,
Professeur des universités

Directeur, conseiller de thèse : Mr MITOUMBA Fabrice, Docteur en Pharmacie et
Maitre de Conférences

Assesseur(s) : Mr MORGENROTH Thomas, Maitre de conférences Droit &
Économie pharmaceutique
Mme SATTLER Carole, Docteur en Pharmacie



Faculté de Pharmacie de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie

M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie

M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie

Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie

M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale

M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurye	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements :

A Monsieur Le Doyen Bertrand Decaudin, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur Mitoumba, je vous remercie pour avoir accepté d'encadrer cette thèse et pour m'avoir accompagnée et conseillée durant ce long travail.

A Monsieur Morgenroth, je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury de thèse.

A Carole Sattler, je te remercie pour être toujours présente et à l'écoute. Ton soutien et ta bonne humeur me sont très précieux.

A mes parents, Catherine et Benoit, merci pour tout, merci de m'avoir toujours soutenue et conseillée. Merci de m'avoir formée à la pharmacie. Vous m'avez permis d'être la personne que je suis aujourd'hui.

A mon frère Guillaume, merci pour tous ces moments et aventures passés ensemble.

A Manono, merci pour ta bienveillance, ta générosité et ton écoute permanente.

A ma tante Diane, merci pour ta joie quotidienne et ton soutien.

A toute ma famille, merci à tous pour vos encouragements.

A mon amour Paul, je te remercie du fond du cœur pour ta présence quotidienne, ton amour et tes conseils si importants.

A Andréa, ma meilleure amie, merci d'avoir toujours été là, pour m'avoir toujours accompagnée dans mes aventures et péripéties.

A Maud, ma partenaire de choc, merci d'être toujours présente. Merci pour toutes ces heures de révisions et pour tous ces fous rires ensemble.

A Jerem, mon deuxième frère, merci pour ton énergie positive constante ainsi que pour tes nombreux « bons plans ».

A tous mes amis, copains, copines, merci de faire partie de ma vie et de la rendre si belle.

A la Pharmacie des Clarines d'Annecy, merci pour ces 6 mois de stage au sein de votre équipe si accueillante et dynamique.

Liste des abréviations :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

ANS : Agence du Numérique en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamines K

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CCU-MG : Chef de Clinique des Universités en Médecine Générale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CISS : Collectif Inter Associatif sur la Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNDA : Centre National de Dépôt et d'Agrément

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

DCGDR : Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FEMAS : Fédération des Structures d'Exercice Coordonnée

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

FSS : Financement de la Sécurité Sociale

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GCS : Groupement de Coopération Sanitaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : Hauts-de-France

HDS : Hébergeur de Données de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

LGBT : Lesbiennes Gays Bisexuels et Transgenres

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSPU : Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASBA : Protocole Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcoolisé

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PS : Professionnel de Santé

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

RF : Référentiel Fonctionnel

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyen

SEL : Société d'Exercice Libérale

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Liste des figures :

- Figure 1: Carte des MSP dans les Hauts-de-France datant mars 2016
Figure 2: Carte des MSP en France en juin 2021
Figure 3 : Carte des MSP dans les HDF selon le « zonage » de la région de février 2021
Figure 4: Modèle de plan type d'un projet de santé selon l'ARS
Figure 5: Plan 1 de la MSP de Malestroit
Figure 6: Plan 2 de la MSP de Malestroit
Figure 7: Matrice de maturité en soins primaires par la HAS
Figure 8: Partie 1 du protocole sur la transidentité de la MSP de Lille Moulins (1/2)
Figure 9: Partie 1 du protocole sur la transidentité de la MSP de Lille Moulins (2/2)
Figure 10: Étapes pour la mise en place du système d'informations
Figure 11: Fiche patient concernant le consentement sur le partage d'informations (1/2)
Figure 12: Fiche patient concernant le consentement sur le partage d'informations (2/2)
Figure 13: Schéma sur les différents engagements pouvant être pris par la MSP
Figure 14: Procédure de demande de contrat avec l'ARS et la CPAM

Liste des graphiques :

- Graphique 1: Évolution du nombre de MSP dans les HDF de 2017 à 2021
Graphique 2: Évolution du nombre de MSP en France de 2017 à 2021

Liste des tableaux :

- Tableau I: Catégories des professionnels de santé pouvant intégrer une équipe de MSP selon l'ARS
Tableau II: Répartition par région du nombre de maison de santé pluri-professionnelles (données au 13 mars 2017)
Tableau III: Protocole type "Surveillance des traitements AVK" (1/2)
Tableau IV: Protocole type "Surveillance des traitements AVK" (2/2)
Tableau V: Protocole "Optimisation Ordonnance" de la MSP Bergerie (1/2)
Tableau VI: Protocole "Optimisation Ordonnance" de la MSP Bergerie (2/2)

Table des matières

I. Introduction.....	- 18 -
A. Définitions	- 18 -
1. Loi définissant une maison de santé : Art.L6323-3 CSP	- 18 -
2. Différentes lois faisant évoluer la définition des MSP	- 19 -
3. Une maison de santé en pratique	- 20 -
4. Différence avec d'autres structures d'exercice.....	- 22 -
B. Historique et évolution vers les maisons de santé.....	- 23 -
C. Place des maisons de santé au sein du territoire	- 24 -
1. Carte et chiffres des maisons de santé dans les Hauts-De-France.....	- 24 -
2. Carte et chiffres des maisons de santé en France	- 26 -
D. Évolution des besoins et des pratiques.....	- 28 -
II. Initier un projet.....	- 30 -
A. Diagnostic territorial	- 30 -
B. Dynamisme du groupe	- 33 -
C. Projet de santé.....	- 34 -
1. Adaptation aux besoins du territoire	- 34 -
2. Le choix du projet.....	- 34 -
3. Modèle de plan type d'un projet de santé selon l'ARS des HDF	- 36 -
D. Local	- 37 -
E. Choix juridique	- 40 -
F. Dossier de financement.....	- 40 -
1. Financements pour le fonctionnement ; possibles pour toutes les MSP	- 41 -
2. Financements de dépenses d'investissement	- 42 -
III. Missions actuelles, obligations d'une maison de santé et apports aux patients.....	- 43 -
A. Coopération et coordination thérapeutique.....	- 43 -
1. Mise en place de protocole de coordination entre professionnels de santé :.....	- 43 -
2. Réunions de concertations pluriprofessionnelles	- 48 -
B. Actions d'éducation thérapeutique.....	- 49 -
C. Démarche qualité	- 50 -
IV. Une maison de santé au quotidien	- 52 -
A. Rencontre avec deux maisons de santé des HDF	- 52 -
1. Rencontre avec la maison de santé de Lille Moulins :.....	- 52 -
2. Rencontre avec la maison de santé de Steenvoorde :.....	- 57 -
B. Le rôle d'un coordinateur au sein d'une maison de santé.....	- 59 -
C. Fonctionnement interne d'une maison de santé.....	- 60 -
V. Optimiser une maison de santé.....	- 61 -
A. L'importance d'une charte interprofessionnelle et d'un règlement intérieur ..-	61 -
1. La charte interprofessionnelle	- 61 -
2. Le règlement intérieur	- 62 -
B. Système d'informations et partage des informations	- 63 -

1.	Système d'information	- 63 -
2.	Le partage d'informations	- 65 -
C.	Comment se compose une MSP ?	- 69 -
D.	L'entente au sein d'une MSP.....	- 69 -
E.	La gestion de la maison de santé	- 70 -
F.	La rémunération au sein d'une MSP	- 71 -
G.	Aides et formations possibles.....	- 75 -
VI.	<i>La maison de santé, un lien avec l'hôpital et l'université</i>	- 76 -
A.	La MSP Universitaire	- 76 -
1.	La qualification universitaire.....	- 76 -
2.	Les conditions de la qualification universitaire des MSP	- 77 -
B.	Coordination et communication avec l'Hôpital	- 78 -
VII.	<i>Avantages et inconvénients de la pluridisciplinarité</i>	- 78 -
A.	Avantages	- 78 -
1.	Pour le patient	- 78 -
2.	Pour les praticiens	- 79 -
3.	Pour la commune	- 79 -
B.	Inconvénients	- 79 -
VIII.	<i>Conclusion</i>	- 80 -
IX.	<i>Bibliographie.....</i>	- 82 -

I. Introduction

A. Définitions

1. Loi définissant une maison de santé : Art.L6323-3 CSP

Le terme de « maison de santé » est défini par la loi comme tel : ^[1]

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des 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 au sens de l'article L. 1411-12 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.

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » ^[2-4]

2. Différentes lois faisant évoluer la définition des maisons de santé pluriprofessionnelle

C'est la loi de financement de la Sécurité sociale 2007-1786 du 19 décembre 2007 qui introduit le terme de maison de santé dans l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique (CSP). [5]

Cette loi a ensuite été modifiée par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) ; promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel le 22 juillet. [6]

La loi HPST vise à offrir des soins de qualité, accessible à tous, répondant aux besoins de santé pour tous. Elle a notamment pour objectif d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. La loi HPST va alors faciliter la création de maisons de santé pluriprofessionnelles puisqu'elles ont un intérêt majeur dans l'offre de soins de premiers recours.

On entend alors par soins de premiers recours :[2]

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

La définition du terme « maison de santé » a ensuite été modifiée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011, dite loi Fourcade (présentée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade). Elle modifie alors la Loi HPST en apportant des nouvelles dispositions. [7]

Elle va notamment préciser le statut de la maison de santé. Elle instaure le cadre de la SISA : la « Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires », pour permettre l'exercice de professionnelles de santé libéraux en commun. C'est une nouvelle forme de cadre juridique. [8]

La SISA repose sur trois principaux principes :

- développer l'offre de soins sur le territoire ;
- promouvoir la santé ;
- devenir un lieu d'apprentissage.

Elle permet la mise en commun de moyens pour exercer de manière plus facile son activité professionnelle, pour faciliter la coopération entre professionnels. C'est donc une structure d'exercice (exercice en commun) et une société de moyen (pour faciliter l'exercice de l'activité).

Cette loi va également élargir la pratique au sein de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) à d'autres Professionnels de Santé (PS), comme les pharmaciens.

3. Une maison de santé en pratique

La maison de santé est appelée MSP (Maison de santé pluridisciplinaire) ou encore SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) représentant ici le statut de la structure.

La SISA est prévu dans l'article L.4041-1 du CSP. Elle doit comporter au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Peuvent donc s'associer les professionnels libéraux, les auxiliaires médicaux, les pharmaciens. Cependant des professionnels comme des psychologues ne peuvent être associés d'une SISA, ils pourront cependant participer aux projets de la maison de santé. ^[8]

Le projet d'une MSP émane généralement de PS engagé dans le projet de santé (médecin, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, sage-femme)

Selon le cahier des charges concernant les MSP établi par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-De-France (HDF) en 2018, seuls ces catégories de PS peuvent intégrer une équipe de MSP : ^[9]

Tableau I: Catégories des PS pouvant intégrer une équipe de MSP selon l'ARS

<u>Professions médicales et de la pharmacie</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin - Chirurgien-dentiste - Sage-femme
<u>Professions de la pharmacie</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien - Préparateur en pharmacie
<u>Auxiliaires médicaux</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmier - Masseur Kinésithérapeute - Pédicure-Podologue - Ergothérapeute - Psychomotricien - Orthophoniste - Orthoptiste - Manipulateur électro-radiologie médicale - Audio prothésiste, Opticien Lunetier, Prothésiste - Orthésiste - Diététicien

De plus, seules les personnes physiques peuvent être associées dans une maison de santé, ainsi, des personnes morales (tel que des associations, des sociétés de professionnels ou des structures) ne peuvent y être associées. Il faut s'inscrire avec son nom propre.

Il n'y a pas d'hospitalisation possible dans les maisons de santé.

Les PS ont un projet de santé en commun répondant à des besoins de la population les consultant.

Une maison de santé peut se trouver dans un local dédié : la MSP en mono-site ; ou être répartie sur différents sites d'exercice : une MSP multi-sites.

Cependant des locaux dédiés à la maison de santé permettent d'avoir davantage de bénéfices. En effet, la création d'une nouvelle structure permet aux professionnels d'être aux normes d'accueil pour les personnes en situation de handicap, d'investir ensemble afin d'avoir d'avantages de matériel comme des électrocardiogrammes, des défibrillateurs ou de mettre en commun une salle de repos, une salle de réunion, une salle de conférence... Cela permet également d'avoir des locaux conformes aux normes de sécurité et d'hygiène. Il est également plus facile de mettre en place des pratiques innovantes comme la télémédecine (pratique médicale à distance via l'utilisation de technologies). [10]

Les objectifs d'une maison de santé consistent donc à :

- améliorer la prise en charge du patient et favoriser une prise en charge globale du patient ;
- améliorer les conditions d'exercice du PS ;
- attirer de nouveaux PS sur le territoire ;
- promouvoir la prévention et l'éducation à la santé ;
- promouvoir un nouveau mode d'exercice aux futurs PS à l'aide de stages encadrés.

4. Différence avec d'autres structures d'exercice

Il existe plusieurs noms de structure correspondant à des regroupements de professionnels de santé. Cependant, ceux-ci ne précisent pas les modes de fonctionnement.

Une maison de santé regroupe des professionnels de santé : au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Ils ont un projet de soin en commun.

Les professionnels de santé d'une même maison de santé vont travailler de manière coordonnée et vont ainsi pouvoir avoir une prise en charge du patient plus globale. On pourra dans une maison de santé, plus facilement réorienter, informer, accompagner les patients.

Une maison médicale regroupe des professionnels de santé. Ce type de structure ne précise pas les professionnels y exerçant. Il n'y a pas spécialement de projet de soin mise en commun.

Un centre de santé défini par le décret du 30 juillet 2010, regroupe plusieurs professionnels de santé mono ou pluridisciplinaires, qui sont salariés d'un organisme.

Un pôle de santé défini par l'article 40 de la loi HPST du 21 juillet 2009, regroupe, au sens large, des professionnels de santé, n'exerçant pas forcément sur le même lieu travail, avec possibilité de projet de soin en commun. Peuvent être qualifiés de pôle de santé : les maisons de santé, les centres de santé, les établissements de santé. Un pôle de santé peut donc prendre plusieurs formes de regroupements.

Le nom « Maison de santé » n'est malheureusement pas labellisé. Une structure peut ainsi prendre ce nom sans remplir les caractéristiques nécessaires d'une MSP. Ce qui explique cette confusion concernant les noms de ces structures relativement différentes.

Un regroupement de professionnel de santé ne signifie pas obligatoirement une coopération pluriprofessionnelle.

B. Historique et évolution vers les maisons de santé

Dans les années 70, il y a d'abord eu un regroupement de médecins dans des mêmes cabinets pour partager leurs moyens. Ensuite, dans les années 90, il y a eu la formation de Société d'Exercice Libérale (SEL), avec la Loi du 31 décembre 1990, regroupant plusieurs professionnels. ^[11]

Puis la notion de MSP est apparue avec la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (FSS) de 2008 et la loi HPST en 2009. ^[1]

Il a ensuite eu la création de la SISA en 2011 permettant à la MSP d'obtenir des financements puis il y a eu en 2015 l'arrivée officiel des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). Et enfin en 2017, il y a eu la création de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). ^[7,12]

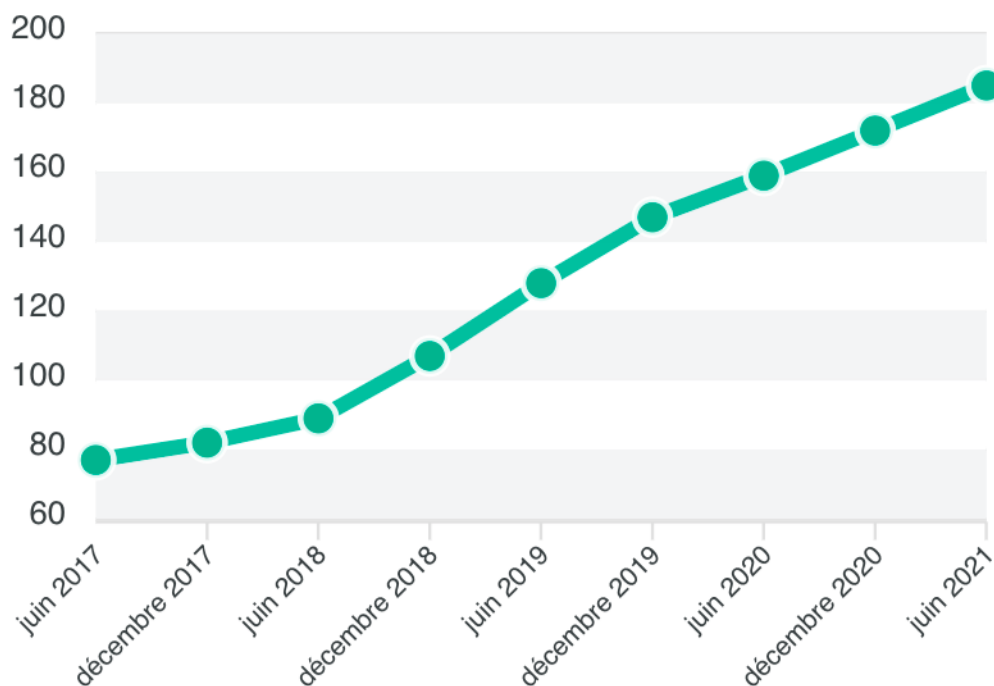
On voit donc au fil des années, une volonté à s'associer qui prend de plus en plus d'ampleur.

C. Place des maisons de santé au sein du territoire

1. Carte et chiffres des maisons de santé dans les Hauts-De-France

En 2017, on compte 80 MSP en activité.

Selon l'ARS, depuis juin 2021, 188 maisons de santé sont actuellement en fonctionnement dans les Hauts De France (HDF) (dont 121 ont signé un ACI) .^[13]

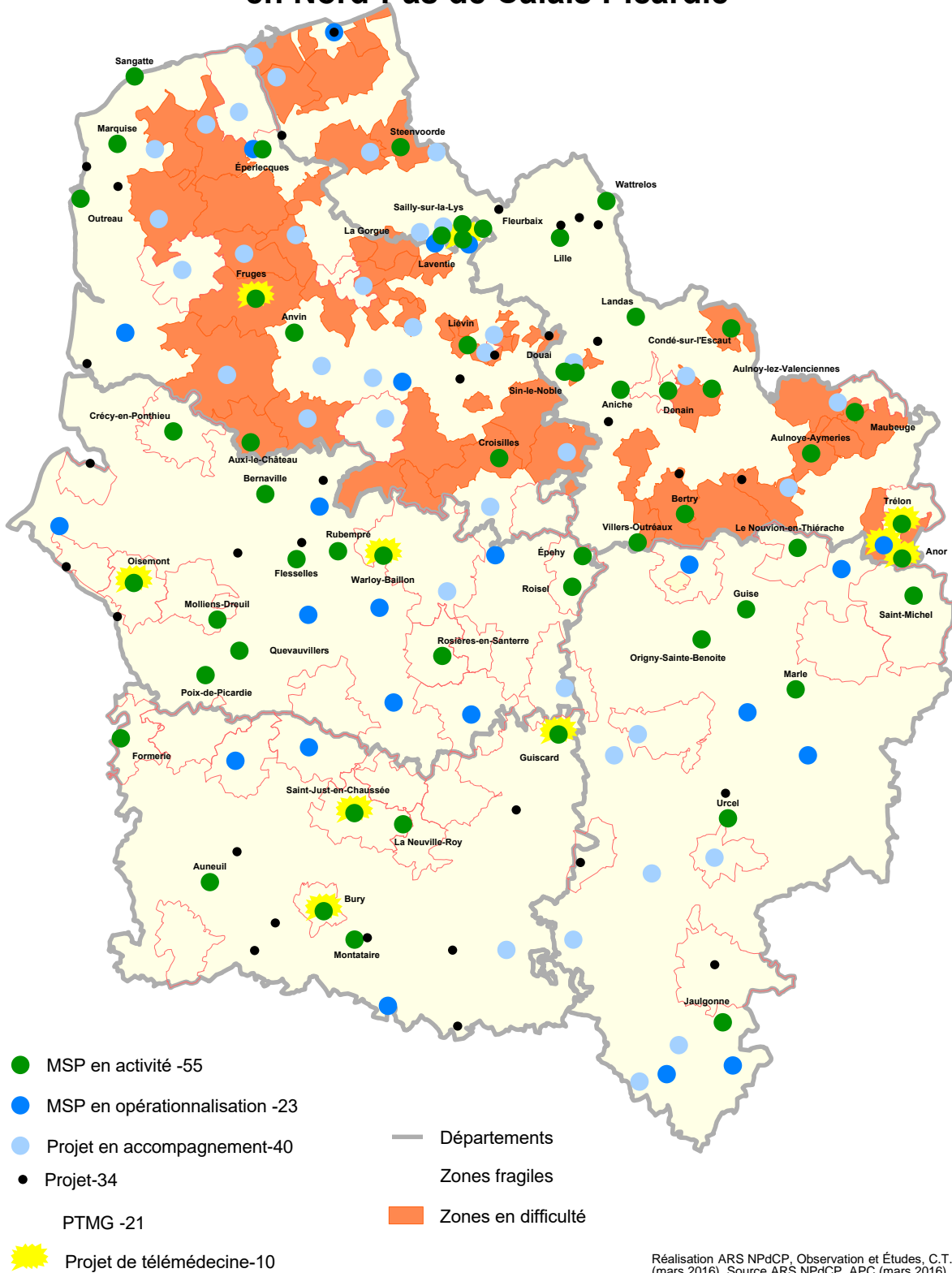


Unité : maisons de santé

[14]

Graphique 1: Évolution du nombre de MSP dans les HDF de 2017 à 2021

Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé en Nord-Pas de Calais Picardie



Réalisation ARS NPdCP, Observation et Études, C.T. (mars 2016). Source ARS NPdCP, APC (mars 2016). Fonds IGN.

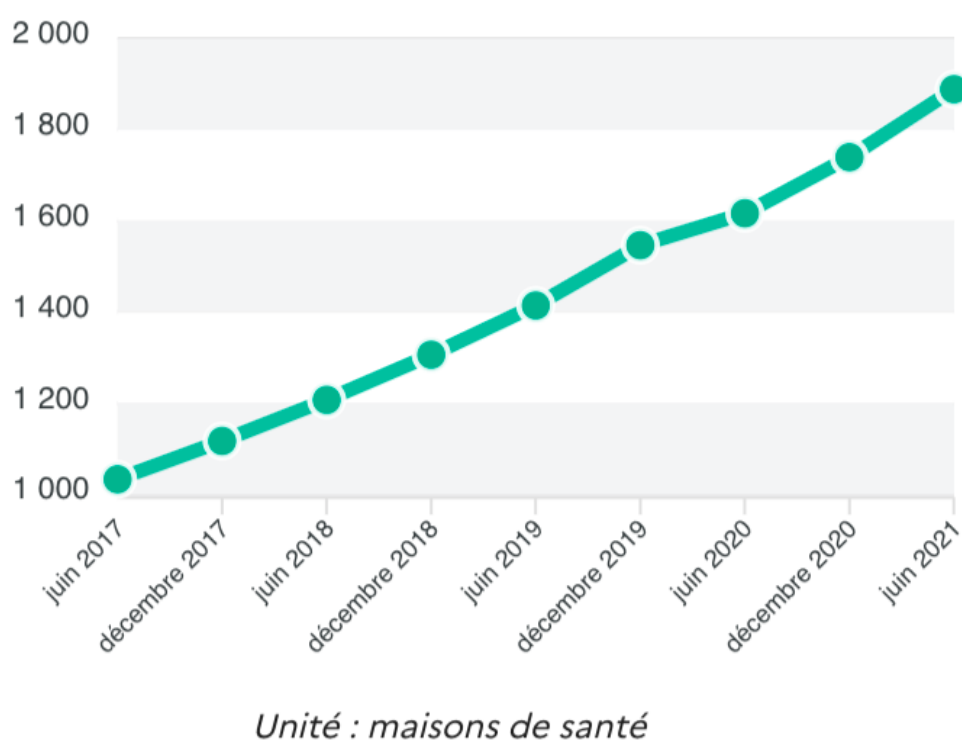
Figure 1: Carte des MSP dans les Hauts-de-France datant mars 2016

2. Carte et chiffres des maisons de santé en France

Depuis quelques années, le nombre de MSP ne cesse d'augmenter. On compte :

- en 2010 : 227 MSP ;
- en juin 2017 : 1000 MSP ;
- en juin 2020 : 1617 MSP et 451 en projets ^[15] ;
- en juin 2021 : 1889 MSP et 366 en projets ^[16].

Ce sont près de 1550 MSP qui se sont créées entre 2008 et 2021.



[14]

Graphique 2: Évolution du nombre de MSP en France de 2017 à 2021

Tableau II: Répartition par région du nombre de maison de santé pluriprofessionnelles (données au 13 mars 2017)

Région	Nombre de maisons de santé ouvertes	Nombre de projets	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	144	24	168
Bourgogne-Franche-Comté	87	21	108
Bretagne	84	19	103
Centre Val de Loire	62	4	66
Corse	3	5	8
Grand Est	80	30	110
Guadeloupe	2	0	2
Guyane	3	0	3
Hauts-de-France	70	33	103
Ile-de-France	42	40	82
La Réunion	9	1	10
Martinique	3	0	3
Normandie	37	16	53
Nouvelle Aquitaine	104	62	166
Occitanie	86	31	117
Pays de la Loire	73	19	92
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21	29	50
Total général	910	334	1244

Source : DGOS - Observatoire des maisons de santé pluriprofessionnelles

Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021

Source : ATIH/observatoire des recompositions/traitement DGOS - Extraction au 07/07/2021 - France entière

1889 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021

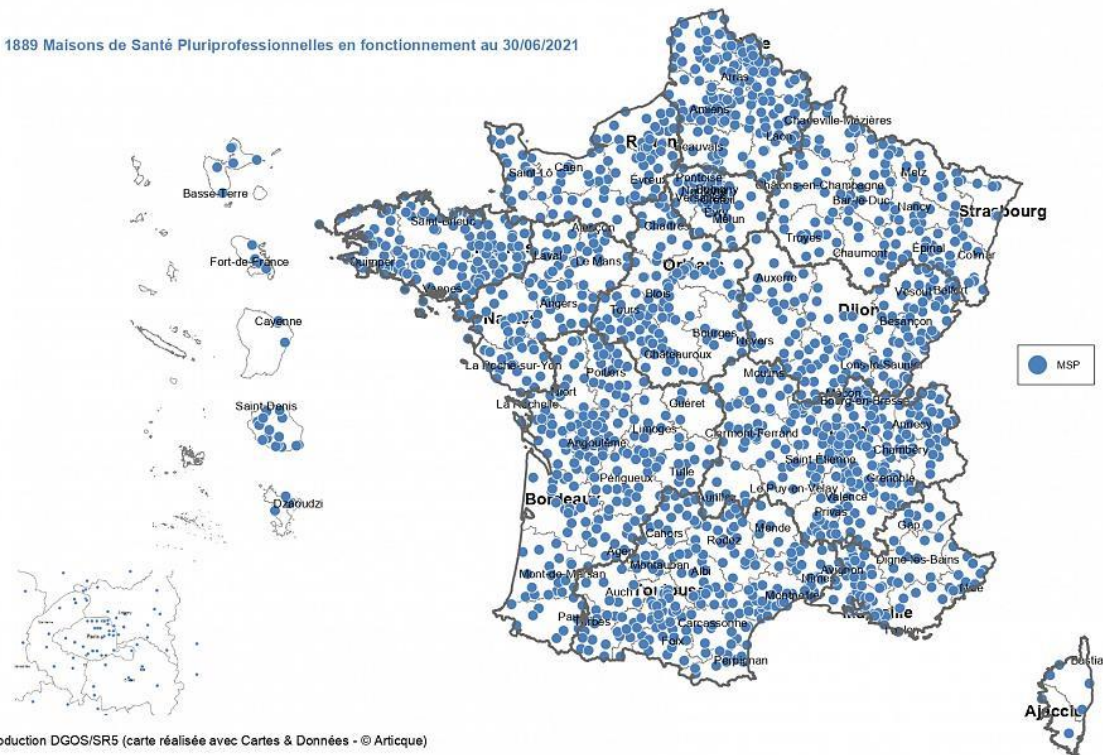


Figure 2: Carte des MSP en France en juin 2021 [16]

D. Évolution des besoins et des pratiques

- **Une pénurie de professionnels de santé :**

Malgré l'augmentation du nombre de médecins, l'obtention de rendez-vous médicaux avec des médecins généralistes est de plus en plus difficile dans les zones rurales. Leur répartition sur le territoire n'est pas homogène. [17,18]

De plus, le vieillissement des médecins généralistes risque d'accroître cette pénurie dans les années à venir dans ces zones de désertification médicale.

Concernant les Hauts-De-France, la région se situe dans une zone de densité médicale légèrement faible : faible densité de médecins généralistes pour le nombre d'habitants : 147 pour 100 000 habitants, la moyenne étant de 153 pour 100 000. (Chiffres de 2018) [19]

- **Une population vieillissante :**

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les personnes âgées représentent 15 millions de français, soit près 20% de la population. La proportion de personnes âgées ne cesse d'augmenter.

Toujours selon l'INSEE, la proportion des personnes de plus de 65 ans représenterait un quart de la population en 2040, et une personne sur deux vers 2070. ^[20]

- **Une population qui se complexifie :**

S'ajoute à cela, une augmentation des Affections Longue Durée (ALD) chez cette population de plus de 65 ans. L'âge moyen des personnes souffrant d'une ALD est de 63 ans. 62% des plus de 65 ans possèdent une ou plusieurs maladies chroniques. ^[21]

Sur les 30 affections de la liste des ALD, 5 affections sont majoritaires et représentent ainsi près de 70% des ALD :

- vient en premier le Diabète représentant 23% des ALD ;
- Puis les tumeurs représentant 17% des ALD ;
- Puis viennent les Maladies Coronaires représentant 14%, les pathologies cardiaques représentant 10%, Artériopathies chroniques représentant 5%. ^[22,23]

Nous sommes donc face d'une part à une population vieillissante possédant des maladies chroniques et d'autre part face à un manque de médecins généralistes dans les zones rurales.

Il semble nécessaire de faire évoluer la prise en charge concernant cette population, notamment en proposant une meilleure offre de soins de proximité coordonnée.

- **Une évolution des pratiques et la collaboration interprofessionnelle**

La pratique médicale tend à évoluer. En effet, les nouvelles générations de médecins et de professionnels de santé souhaitent davantage de confort sur leur lieu de pratique : une simplification des modalités administratives, une charge de travail diminuée, un emploi du temps stable, pouvoir être remplacés facilement, travailler en groupe, partager les dépenses, ... ^[24]

Ce sont plus de 8 médecins généralistes sur 10 chez les moins de 50 ans qui ont opté pour un mode d'exercice en groupe en 2010. [25]

De plus, la collaboration interprofessionnelle est de plus en plus encouragée. Notamment durant les études où on habitue les étudiants à travailler en inter professionnalité. Il existe maintenant, par exemple, à la faculté de Lille 2 en Pharmacie, une option pour les 6^{èmes} années en officine « Accompagner le patient en inter professionnalité ».

II. Initier un projet

Généralement, un premier diagnostic territorial par les initiateurs du projet est réalisé afin d'estimer l'éligibilité et de monter un pré-projet puis ensuite il convient de contacter l'ARS qui va étudier cette éligibilité.

Si la réponse est favorable, un dossier sera à transmettre à l'ARS comprenant :

- le cahier des charges et projet de santé ;
- le dossier architectural ;
- le dossier de financement.

A. Diagnostic territorial

Avant de se lancer dans un projet de MSP, l'étude du terrain est essentielle afin d'évaluer la pertinence du projet. Il convient de prendre en compte les données démographiques, épidémiologique, des besoins de santé sur le territoire. Une attention particulière au vécu de la population et des PS sur place s'avère nécessaire.

Il convient que l'ensemble de l'équipe de la MSP discute l'emplacement afin d'éviter de futurs conflits. Il est préférable de ne pas se donner d'emplacement précis lors de la recherche d'un terrain afin de sélectionner un lieu convenant à l'ensemble des PS et répondant aux besoins de la population.

Concernant les pharmacies, leurs créations restent de l'ordre de l'exception. Pour les pharmaciens souhaitant exercer dans une MSP, il faudra au préalable préparer un transfert de pharmacie si la pharmacie ne se situe pas à proximité de la MSP.

Le transfert de pharmacie permet de déplacer la pharmacie d'un endroit à un autre. Cependant, le transfert d'officine est règlementé, limité et prends souvent plusieurs mois. Généralement, le transfert ne peut se faire que dans une même commune. ^[26]

Le travail en collaboration avec les élus locaux facilite un projet de la MSP. En effet, ce soutien peut ouvrir l'obtention d'un terrain et encore d'aides financières. Ce sont les élus locaux qui peuvent être également à l'origine de la création d'une MSP, d'où la nécessité de se rapprocher des collectivités afin de connaître s'il y a des projets en cours, et s'il y a possibilité de s'y greffer.

Il peut être également intéressant d'étudier « le zonage » de la région : il permet d'identifier les zones où il y a un manque de médecins. ^[27]

Ces zones sont classées en 3 catégories :

- ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire ;
- ZAC : Zone d'Actions Complémentaires ;
- ZAR : Zones d'Accompagnement Régional.

MSP en activité en région Hauts-de-France - Février 2021

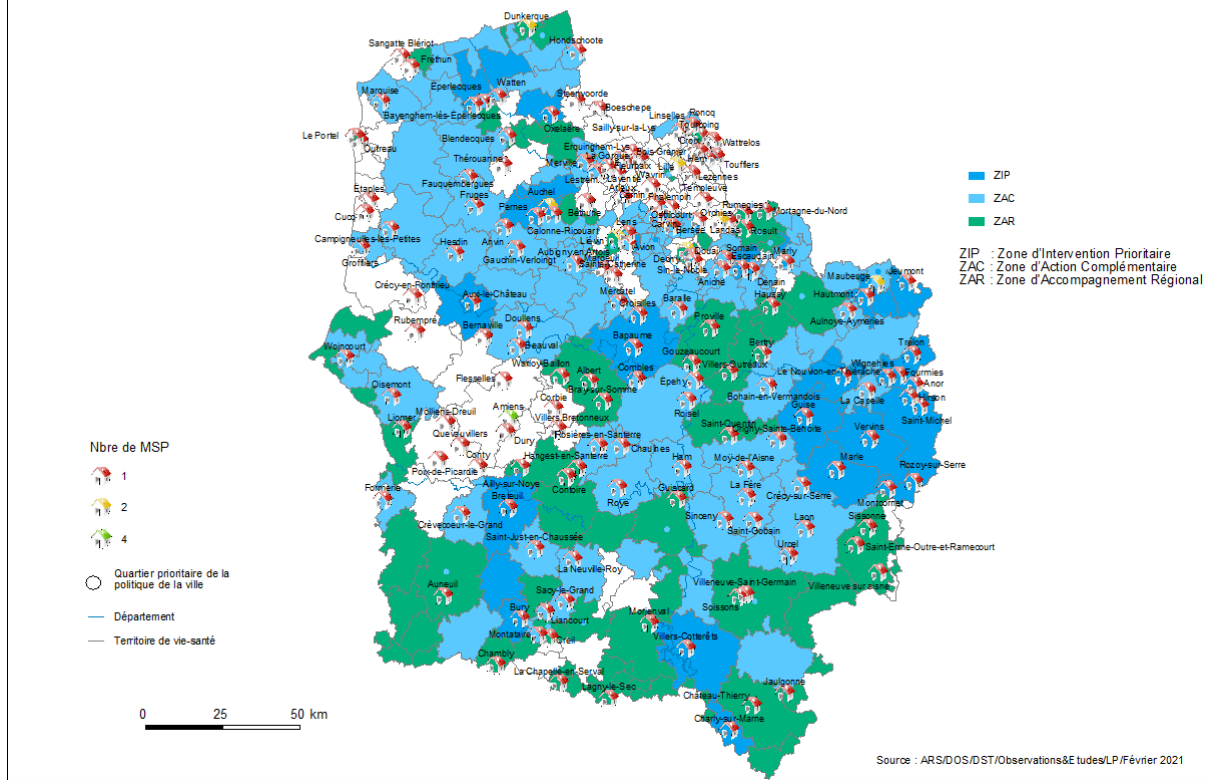


Figure 3 : Carte des MSP des HDF selon le « zonage » de la région de février 2021

Il est donc intéressant de récolter, pour le diagnostic territorial, des données concernant :

- le plan géographique : quelles villes ou communautés vont être concernées par le projet, quelle zone va toucher la MSP ;
- l'accessibilité : axe routier, transport en commun desservant la MSP, circulation ;
- la socio démographie : nombre d'habitants, revenus moyens, chômage, tranches d'âges, professions ;
- les données épidémiologiques : pathologies dominantes au sein de la population, nombre de personnes en ALD ;
- l'offre de soins : offres hospitalières, établissements de santé, centres de santé ;
- la densité des professionnels de santé : spécialité, localisation, mode d'exercice, ceux pouvant être intéressés pour rejoindre le projet de santé ;
- les besoins de la population en termes de santé ;
- les élus locaux et les projets envisagés ou en cours.

Quelques outils de recherches (liste non exhaustive) :

- l'INSEE ;
- l'Observatoire Régional de la Santé (ORS);
- la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ;
- le système d'information géographique de la politique de la ville ;
- les données de l'ARS ;
- la CartoSanté établi par l'ARS et l'Assurance maladie ;
- le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM): qui établit chaque année la démographie médicale.

A la suite de cette première étape, il sera décidé l'éligibilité du projet. Ce diagnostic est généralement réalisé par des cabinets d'études spécialisés qui suivront le projet de A à Z ; ils permettent une expertise juridique, architecturale et comptable.

B. Dynamisme du groupe

Dans un premier temps, les initiateurs du projet vont rechercher des professionnels de santé intéressés par l'exercice en maison de santé sur le territoire.

L'association pour monter un projet de MSP nécessite de vérifier les ambitions, les envies, les points de vue et les méthodes de chacun, afin que tous puissent s'entendre sur les objectifs de la MSP et leur mise en place commune. Chaque professionnel de santé doit savoir dans quoi il s'engage et connaître les modalités de fonctionnement d'une maison de santé.

Un travail mutualisé permettra d'optimiser par exemple la recherche d'opportunités immobilières.

Travailler avec les élus locaux en les tenant au courant de l'avancée du projet et des décisions prises assura un certain soutien dans les différentes démarches.

C. Projet de santé

Tout d'abord, il reste important de souligner qu'un projet de santé est par essence évolutif.

1. Adaptation aux besoins du territoire

L'ARS possède des données sur les populations ainsi que sur le fonctionnement et l'offre de soin sur le territoire. Il sera alors très enrichissant d'échanger avec l'ARS afin d'avoir une vision plus globale. Consulter les collectivités territoriales ainsi que les préfets peut également apporter matière au projet.

Il existe un Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) dans lequel sont précisés les besoins du territoire en termes de santé, un appui précieux pour faire concorder les spécificités, caractéristiques de la région avec les objectifs de la MSP. [28]

L'évaluation des priorités en termes de santé sur le territoire permettra d'adapter l'offre de soin et donc le projet de santé. Suite à ce diagnostic, la MSP choisira les axes sur lesquels elle travaillera : prévention, promotion de la santé, soins, suivi, formation, ...

Le dossier du projet de santé comprendra les données qui ont été utilisées pour effectuer le diagnostic : consultations auprès de PS, d'associations locales, de la population, ...

2. Le choix du projet

Le choix du projet de santé se fera durant un audit, un séminaire, diverses réunions. Ce choix se fera progressivement afin de constituer une équipe optimale pour le projet de santé. Il doit se faire également en s'appuyant des spécialités et des connaissances de chacun. L'adhésion d'autres professionnels peut être intéressant pour mener au mieux le projet.

Le dossier devra comprendre les informations relatives au management de la structure, à l'organisation de la MSP, à l'utilisation du système informatique partagé, à la démarche qualité. Il précisera les mesures prises :

- concernant l'organisation au sein de la MSP : l'identité et les fonctions du coordonnateur, les modalités de fonctionnement du secrétariat, les modalités de gestion des emplois du temps et des fonctions de chacun ;
- pour faciliter l'accès aux soins pour tous, y compris les personnes en situations de précarité ou les personnes en situation de handicap ;
- sur la communication pour informer la population des prises en charge proposée par la MSP ;
- pour accueillir les patients sans consultations programmées ;
- concernant la prise en charge du patient par les médecins de la MSP, et notamment lorsque son médecin n'est pas disponible ;
- pour collaborer avec les autres établissements de santé pour orienter au mieux les patients ;
- pour la mise en place de pratiques innovantes concernant la prise en charge du patient : télémédecine (qui sera en cohérence avec le Schéma Directeur Régional des Systèmes D'informations de Santé 2018-2022), éducation thérapeutique.

L'ARS des Hauts-De-France recommande de définir :

- 2 à 3 priorités de santé ;
- un plan d'actions pour la mise en place progressive des objectifs du plan de santé.

Le projet de santé concerne le patient. Il permet :

- l'accessibilité aux soins pour tous ;
- la prise en charge des maladies chroniques ;
- de sensibiliser la population avec des actions de prévention.

Suite au choix du projet de santé, qui est validé par tous les PS de la MSP, le dossier est transmis au directeur général de l'ARS.

3. Modèle de plan type d'un projet de santé selon l'ARS des HDF

Annexe 1

MODÈLE DE PLAN TYPE D'UN PROJET DE SANTÉ

PREAMBULE

- Contexte, émergence du projet, objectifs du projet.
- Territoire de rayonnement de la maison de santé (fonction de la patientèle des médecins généralistes et auxiliaires médicaux participant au projet).
- Présentation des caractéristiques de la patientèle de la maison de santé et des besoins de santé du territoire.
- Type de projet ; Maison de santé sur lieu unique ou éclatée, pôle de santé.

PRESENTATION DE L'EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE SOINS DE 1ER RECOURS

- Composition nominative de l'équipe pluriprofessionnelle de soins de 1^{er} recours.
- Existence d'une personne identifiée exerçant une fonction de coordination au sein de l'équipe.
- Structure juridique porteuse du projet (association, SISA...) et souhait éventuel d'évolution.
- Personne(s) référente(s) pour le projet (dont téléphone, mail, adresse de la maison de santé).
- Qualité des professionnels (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) et éventuelle sur-spécialisation de chaque professionnel cité (DU...).
- Maîtres/tuteurs de stage (nom, année de formation, type de stagiaires accueillis).
- Engagement des professionnels de santé dans la formation et la recherche (nom et qualité des professionnels concernés, formation réalisée/envisagée/souhaitée, date).
- Conventonnement (secteur à préciser).

ORGANISATION DES PROFESSIONNELS POUR REpondre A L'ACCES, LA CONTINUITÉ ET LA PERMANENCE DES SOINS

- Modalité d'organisation des professionnels pour assurer l'accès aux soins.
- Amplitude horaire d'ouverture de la maison de santé.
- Organisation des professionnels pour répondre aux demandes de soins non programmés en journée.
- Accessibilité pour personnes porteuses d'un handicap / accessibilité pour personnes en situation de précarité (pratique du tiers payant).
- Modalités d'organisation des professionnels pour assurer la continuité des soins.
- Participation des professionnels à la permanence des soins ambulatoire (préciser le secteur de garde, l'existence éventuelle d'une maison médicale de garde).

PRISES EN CHARGE COORDONNEES IDENTIFIEES PAR L'EQUIPE DE SOINS PLURIPROFESSIONNELLE

Présentation détaillée de trois thématiques prioritaires (ou plus) identifiées par les professionnels de santé de 1^{er} recours, pour lesquelles ils souhaitent formaliser une prise en charge coordonnée de leurs patients.

Exemples :

- Prise en charge du patient diabétique.
- Prise en charge des personnes âgées : prévention des chutes.
- Suivi des plaies chroniques.
- Prise en charge de la BPCO.

PRESENTATION DETAILLEE DES OUTILS DE COORDINATION ET DES PRATIQUES INNOVANTES PAR TYPE DE PRISES EN CHARGE IDENTIFIEES

Présentation pour chaque prise en charge choisie :

- Des outils et pratiques déjà mis en place par l'équipe pour prendre en charge de façon coordonnée le patient (réunions cas patients (professionnels concernés, fréquence...), système d'information (année d'équipement et logiciel(s) utilisé(s), professionnels concernés)...).
- Des nouveaux outils de coordination et pratiques que l'équipe souhaite développer dans le cadre de la maison de santé.

> Outils de coordination mobilisables :

- Système d'informations partagé (année, logiciel, nom des professionnels équipés/à équiper).
- Secrétariat commun / partagé.
- Protocole de prise en charge coordonnée.
- Réunions de coordination et d'échanges.
- Coordinateur de soins / coordinateur de santé.

> Pratiques innovantes mobilisables :

- Education Thérapeutique du patient (ETP).
- Coopérations interprofessionnelles.
- Télémédecine (téléconsultation, téléexpertise...).
- Coopérations externes / partenariats extérieurs.
- du référent de l'action, des professionnels concernés et des outils de coordination et des pratiques innovantes déjà en place ou souhaités en développement.

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

Exemple : 1- Prise en charge du patient diabétique

- Référent de l'action : XX.
- Professionnels de santé de l'équipe concernés : XX.
- Autres professionnels ou acteurs hors de l'équipe pluriprofessionnelle : diététicien, pédicure-podologue, éducateur sportif.
- Outils de coordination déjà en place, détaillés : fiche patients, cahier de suivi à domicile entre médecins généralistes et XXX.
- Outils de coordination à développer ; dossier patient partagé informatisé, protocole de prise en charge du patient diabétique, réunions cas patients complexes.
- Pratiques innovantes à développer : ETP, coopérations interprofessionnelles entre médecins généralistes et infirmiers sur XX.

NOUVEAUX SERVICES AUX PATIENTS

Présentation des services proposés aux patients :

- Services déjà mis en place par les professionnels (vacation de professionnels de santé, action de prévention...).
- Nouveaux services développés dans le cadre de la maison de santé ou en projet de développement.

Types de services développés :

- Vacances de professionnels de soins de 1^{er} recours/ consultations avancées de soins spécialisés de 2nd recours (noms des professionnels, partenariats éventuels, fréquence des vacances, date de mises en place).
- Permanences de professionnels médico-sociaux et d'acteurs locaux (type de permanences mise en place, fréquence).
- Actions de santé publique/Actions de prévention (type d'actions, partenariats éventuels, année de déploiement).
- Nouveau bâtiment (rénovation, construction).

Figure 4: Modèle de plan type d'un projet de santé selon l'ARS^[9]

D. Local

La maison de santé n'est pas une juxtaposition de cabinets. Elle s'inscrit dans un projet de santé en commun, l'aménagement de la maison doit alors être optimisé pour cette coordination des soins.

Le fait d'avoir un seul bâtiment pour la MSP permet à la population de mieux identifier la MSP. Les élus peuvent là aussi appuyer la recherche de terrains ou de locaux adaptés.

Plusieurs options peuvent être envisagées :

- location d'un local ;
- construction d'un local ;
- mise aux normes/travaux de rénovation d'un bâtiment déjà existant.

Concernant le local en lui-même, il est important de prévoir dans le plan :

- Une salle de consultation pour chacun des PS
- Une salle de réunion :
- Une salle optimisée pour les entretiens thérapeutiques :
- Une salle permettant d'accueillir les stagiaires, les PS en formation
- Une salle de repos avec cuisine
- Une salle pour les soins urgents
- Une salle de consultation en télémédecine
- Un bureau/ salle supplémentaire
- L'accessibilité, en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Un parking pour faciliter l'accès
- Éventuellement un logement d'appoint pour étudiants, remplaçants qui habiteraient loin.

Exemple de plans de la MSP de Malestroit : [29]

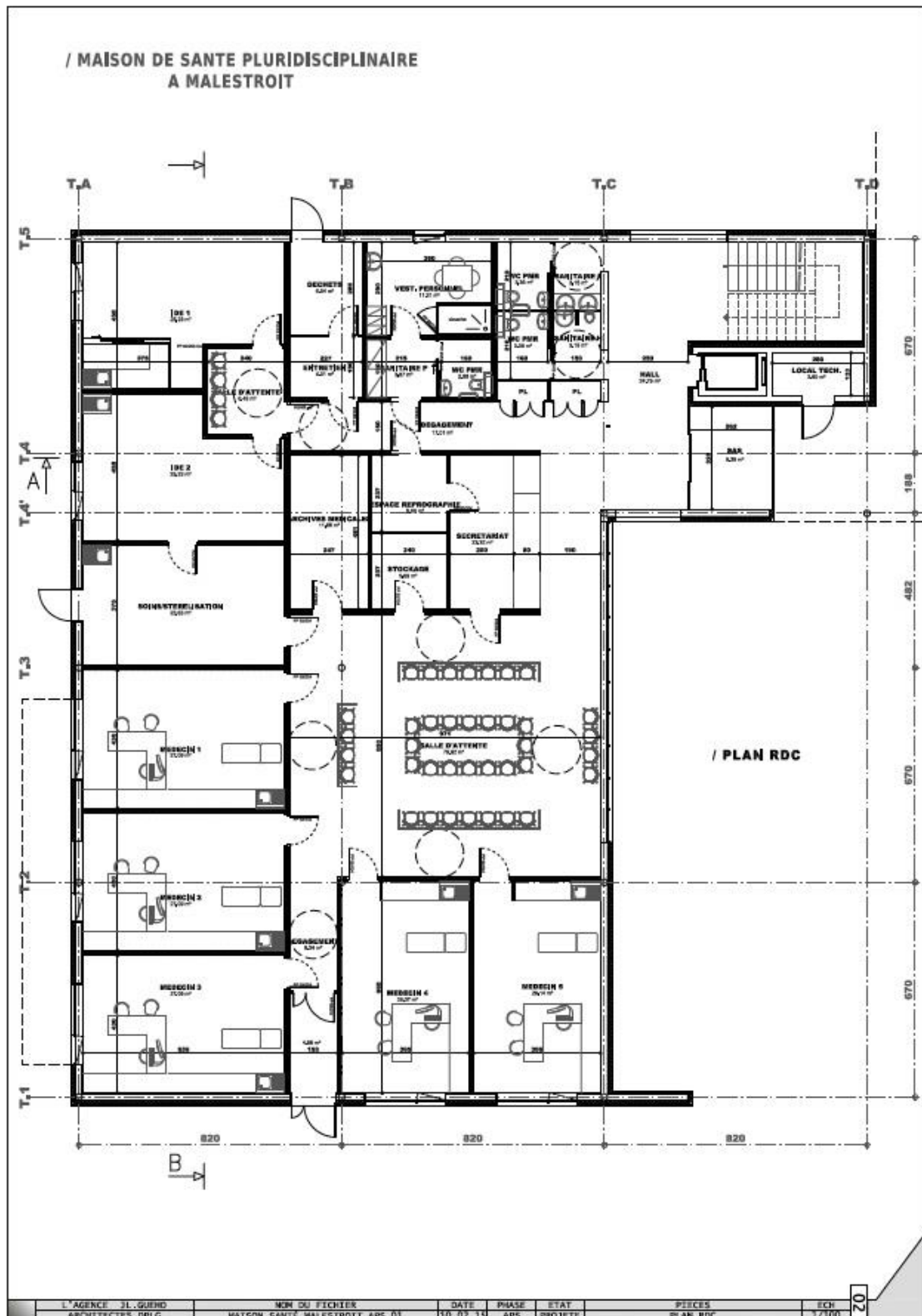


Figure 5: Plan 1 de la MSP de Malestroit

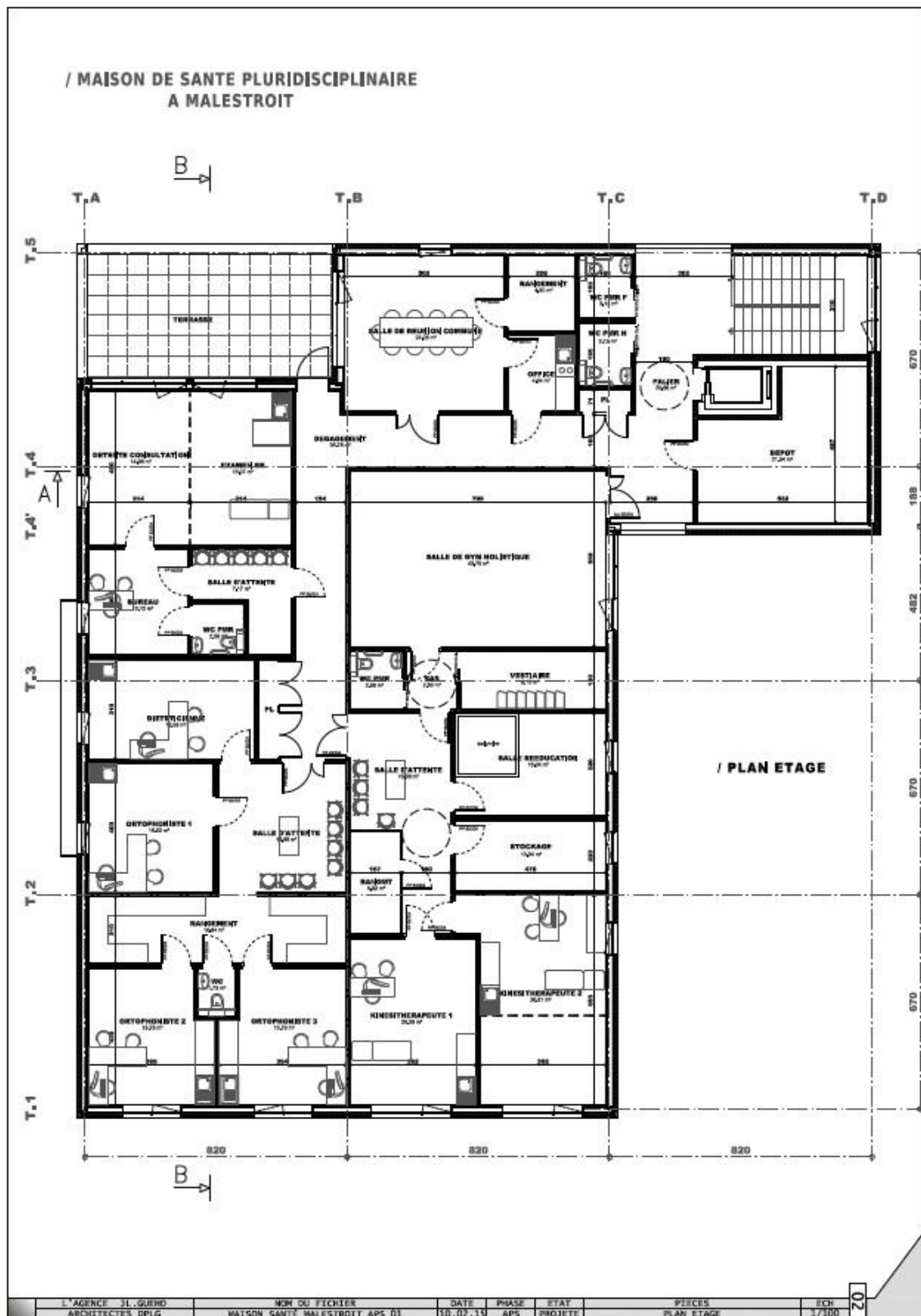


Figure 6: Plan 2 de la MSP de Malestroit

E. Choix juridique

L'ARS peut apporter aux PS des informations concernant le montage juridique.

Une MSP est une personne morale.

Il est possible de créer une SISA depuis le 25 mars 2012. La SISA est une obligation pour les MSP souhaitant bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération NMR ; qu'elle soit en site unique ou sites multiples. Une fois engagée dans les NMR, la MSP a 6 mois pour devenir une SISA.

Cependant, si la structure n'est pas intéressée par les NMR, elle n'a pas cette obligation. De même que, si la structure ne souhaite pas être une SISA, elle peut bénéficier quand même du Financement d'Intervention Régional (FIR) (détaillé dans le chapitre (II. F. 1.))

Ainsi, tous les actes et soins en rapport avec la coordination des soins seront facturés au niveau de la SISA.

F. Dossier de financement

Il faut prendre en compte dans le financement : les locaux (achat d'un terrain ou achat d'une structure déjà existante), les travaux, le mobilier, le matériel de santé, le matériel informatique, la maintenance, les frais administratifs, les frais de personnel. Un budget prévisionnel sur plusieurs années est à effectuer.

Il faudra différencier l'investissement et le budget pour le fonctionnement de la MSP.

Le financement peut venir de fonds publics, privés ou une association des deux. Les financements venant de fonds privés permettent plus de liberté d'exercice. La maison de santé peut bénéficier de plusieurs aides existantes : aide de l'ARS, aides du conseil régional, aide du conseil général ou encore de l'Union européenne.

Afin de bénéficier de financements publics, il faut être reconnu comme une maison de santé. Il faut alors répondre à un cahier des charges bien précis dressé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et par l'ARS.

1. Financements pour le fonctionnement ; possibles pour toutes les MSP

La MSP pourra bénéficier d'aides lors de l'élaboration du projet de la MSP afin de réaliser l'analyse du territoire, de monter le projet de santé. Cette aide financière permettra la réalisation des travaux. La MSP pourra ensuite bénéficier d'autres aides lorsqu'elle sera fonctionnelle.

Conditions nécessaires minimales pour prétendre bénéficier d'aides de financement (d'où l'importance du choix du projet de santé) :

- répondre aux engagements « obligatoires » d'une MSP (détaillé au V. F.) ;
 - étude préalable du territoire en termes de besoins et de santé ;
 - en cohésion avec le SROS : la maison de santé doit répondre à un besoin médical mais aussi au projet régional de santé.
- Financement par l'ARS

L'ARS financera le projet par son Fond d'intervention Régional (FIR) pour la qualité et la coordination des soins. Les financements sont plafonnés à 50 000€ par projet. Ils peuvent être supérieurs si la MSP se situe en ZIP ou en ZAC. L'ARS détermine le montant et choisit les projets qui en disposeront. ^[30]

Il permet de financer un accompagnement méthodologique afin de réaliser le montage du projet.

Pour cela, il faut envoyer un dossier à l'ARS.

Le financement se fait selon 2 étapes :

- un premier financement possible pour l'élaboration du projet : aides pour financer les conseils, les expertises, pour le montage juridique, l'analyse des besoins sur le territoire ;
- un second financement possible pour le fonctionnement de la structure : afin de financer les conseils et expertises (experts comptable, fiscalistes, avocats), les travaux, les mises aux normes, l'équipement de la MSP, ...

Une évaluation par l'ARS sera réalisée à la suite de ce financement pour vérifier le respect des engagements de la MSP. Elle sera réalisée l'année qui suit celle du versement du financement. L'ARS doit justifier de l'utilisation de financements pour l'amélioration de la prise en charge des patients de manière coordonnée.

- Financement via les nouveaux modes de rémunération

Autre financement dont la MSP peut bénéficier : les nouveaux modes de rémunération. Ils seront détaillés plus bas, dans la partie « rémunération ». [31]

- Autres financements

Par le biais de l'ARS ou autres organismes, des subventions peuvent être versées notamment pour promouvoir la prévention de la santé.

2. Financements de dépenses d'investissement

Les financements d'investissement sont généralement liés au lieu d'implantation de la MSP. Ces financements ne sont donc pas accessibles pour toutes.

Des financements sont possibles par le conseil régional, par la commune, par les collectivités territoriales ou encore par l'Union Européenne.

- Financement via l'Union Européenne

Il existe notamment le Fond Européen Agricole pour le Développement rural FEADER finance des maisons de santé rurales afin d'avoir un développement équilibré de l'offre de soins dans les milieux ruraux en Europe. [32]

- Appels à projets

Selon les années, des plans de financements sont menés afin d'attirer des projets de MSP. Il est donc, une fois de plus, nécessaire de se rapprocher des élus locaux pour connaître les financements possibles. Quelques exemples de financement ayant existé :

- Financement en rapport avec le déploiement de MSP **en milieu Rural** : notamment avec la dotation d'équipement des territoires ruraux DETR
- Financement dans le cadre d'un pôle d'excellence **rural** PER
- Financement dans le cadre d'un contrat de projet État-Région (CPER)
- Financement pour les MSP en zone urbaine sensible ZUS via l'Agence nationale pour la rénovation urbaine ANRU
- Financement via le Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire FNADT pour certains projets prioritaires (zones enclavées, projets innovants, ...) ^[33]

III. Missions actuelles, obligations d'une maison de santé et apports aux patients

A. Coopération et coordination thérapeutique

1. Mise en place de protocole de coordination entre professionnels de santé :

Malgré le fait que chaque PS doit garder son indépendance thérapeutique, il peut être intéressant d'établir des protocoles de soins et de prise en charges des patients pour avoir une uniformité des soins au sein de la MSP.

Dans un premier temps, suite à la loi HPST de 2009, des protocoles de coordination ont émergé. Ces derniers ont ensuite été actualisés dans la loi d'organisation et de transformation du système de santé de juillet 2009. Notons que la coopération s'impose également comme un sujet majeur du plan Ma Santé 2022, paru le 26 juillet 2019.

Les professionnels de santé d'une MSP peuvent initier des protocoles, ou adhérer à des protocoles déjà existants dans la région et autorisés par l'ARS.

Les protocoles permettent de structurer une certaine coordination des membres de la MSP. Ils organisent et formalisent les modes de fonctionnement entre PS et permettent ainsi d'harmoniser les soins.

Ces protocoles organisent également des transferts entre professionnels :

- d'activités ,
- d'actes de soins ,
- d'actes de prévention.

C'est par une approche transparente que le patient prendra connaissance de sa prise en charge selon un protocole établi, dans lequel il s'inscrira de manière éclairée.

Un protocole réside en une description simple et claire de ce qu'il est prévu de faire et avec quels outils. Il peut se présenter sous forme de texte, de schéma, de tableau, d'organigramme et/ou d'arbre décisionnel.

Il répond au QQQQCP : Qui fait Quoi Où Quand Comment Pourquoi ? ^[34].

Avant de se lancer dans un protocole, il convient donc de poser les questions :

- Qui fait quoi ?
 - Quels sont les PS concernés ?
 - Quel est le rôle de chacun ?
- Où ?
 - Dans quel contexte va-t-il être mis en place ?
- Quand ?
 - Qui intervient quand ?
- Comment ?
 - Quelles vont être les différentes étapes du protocole ?
 - Comment indiquer que le patient a été pris en charge selon un protocole ?
- Pourquoi ?
 - Quel est son objectif ?
 - A quel problème va-t-il répondre ?
 - Quels sont les patients cibles ?

Voici plusieurs étapes pour la mise en place :

1. Choisir le thème : souvent issu d'une difficulté rencontrée au sein de l'équipe
2. Former une équipe de travail : elle sera constituée des PS concernés par la thématique
3. Discuter et analyser de la pratique actuelle : chaque PS de l'équipe partage sa manière de faire habituelle
4. Fixer des objectifs : les PS s'appuient sur les problèmes rencontrés
5. Conception du protocole :
 - Décrire le contexte de mise en place du protocole
 - Définir les modalités d'inclusions des patients
 - Décrire les étapes du protocole
 - Décrire les moments d'inventions de chacun
 - Définir les rôles de chaque catégorie de PS
 - Définir les outils nécessaires au protocole
6. S'aider d'outils, faire appel à d'autres personnes/organismes :
 - à la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant l'élaboration d'un protocole et les difficultés éventuelles rencontrées ;
 - aux autres structures pluriprofessionnelles mettant elles aussi en place des protocoles ;
 - à la Fédération des Structures d'Exercice Coordonnée (FEMAS) ; qui propose des « ateliers protocoles » pour initier des équipes à la rédaction.
7. Valider le protocole par l'ensemble des PS qui l'appliqueront
8. Diffuser le protocole au sein de la MSP, avec possibilité de partager cet outil avec d'autres structures pluriprofessionnelles ;
9. Effectuer le retour d'expérience, en surveillant les indicateurs. Pour se faire, les PS vérifient que le protocole est adapté, s'il est simple à mettre en place. Il bénéficiera d'une modification si besoin, s'inscrivant dans une démarche de qualité continue.

Exemple de protocoles pouvant être mis en place :

- Préparation des Doses à Administrer (PDA)
- Accompagnement et conseils hygiéno-diététiques dans le traitement par AntiVitamines K (AVK)
- Suivi des plaies
- Prévention des chutes
- ...

Exemple d'un protocole « Surveillance des traitements AVK » réalisé dans certaines maisons de santé: [34]

Tableau III: Protocole type "Surveillance des traitements AVK" (1/2)

FICHE D'IDENTITÉ DU PROTOCOLE

Date de création	05/12/2017
Date de modification	
Référent du protocole	DE MG
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Médecins traitants, IDE, biologistes
Problématique	- Risques hémorragiques et thrombotiques liés à la iatrogénie des anticoagulants anti-vitamine K (AVK) et morbi-mortalité dus à ces risques - Constat de prises en charge différentes selon les professionnels pour l'adaptation des doses d'AVK selon l'INR et prise en charge différentes des surdosages en AVK
Objectifs généraux	- Lutter contre les accidents iatrogéniques liés à l'utilisation des AVK et améliorer le suivi du traitement par AVK pour réduire la morbi-mortalité - Impliquer et responsabiliser le patient sur la prise de son traitement (compréhension du traitement, comportement à tenir en fonction de l'INR, surveillance des effets secondaires, suivi des conseils diététiques)
Objectifs opérationnels	- Elaborer des tableaux récapitulatifs d'adaptation des doses selon la valeur cible (objectif) et de gestion des surdosages à destination des professionnels - Elaborer une fiche de surveillance mensuelle de l'INR pour les IDE (patients non autonomes) et une fiche de suivi de l'INR pour les patients autonomes - Elaborer une fiche à remettre aux patients sous AVK sur les règles d'or à respecter - Avoir une traçabilité dans le système d'information
Population cible	Tous les patients sous AVK (Previscan®, Sintrom®, Coumadine®)
Liste des documents/outils associés	- Annexe 1 : Feuille de surveillance mensuelle pour les patients - Annexe 2 : Feuille de surveillance mensuelle IDE - Annexe 3 : Règles d'or de la prise d'AVK remises au patient par le médecin et qui peuvent être commentées par l'IDE - Annexe 4 : Liste d'événements indésirables IDE - Annexe 5 : Algorithme / induction de warfarine (Coumadine®) et de fluindione (Previscan®) chez l'adulte de 18 à 70 ans (intégré dans le
Liste des sources documentaires ou références	SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier (HAS, avril 2008) DOCUMENT DESTINÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES : Prise en charge des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K (HAS, avril 2008) DOCUMENT ÉLABORÉ PAR UN GROUPE DE TRAVAIL PLURIPROFESSIONNEL avec la participation de la HAS, novembre 2010: http://www.fics.org/avk-gestion-quotidienne
Lieu de consultation du protocole	
Liste des professionnels informés du protocole	Tous les médecins et infirmiers de la maison de santé ainsi que les biologistes du quartier
Groupe de travail	XX (MG), XX (IDE)
Date de validation du document	05/12/2017

Tableau IV: Protocole type "Surveillance des traitements AVK" (2/2)

RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

QUI	fait QUOI	COMMENT	POURQUOI
Médecin traitant	Prescrit le traitement, le contrôle et l'équilibre au niveau des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrit le dosage de l'INR tous les 3 jours si nécessaire pendant min 6 mois - Indique que le patient prend un traitement anticoagulant AVK (mots clés : Coumadine[®], Previscan[®] ou Sintrom[®]) - Indique si le patient est autonome ou non dans la gestion de son traitement AVK - renseigne les événements indésirables dans le dossier du patient et toutes les infos utiles sur l'adhésion du patient, son niveau de compréhension et d'autonomie 	Atteindre la valeur cible
	Rappel des consignes à respecter en cas de prise d'AVK	Information au cours de la consultation et délivrance de la fiche « Règles d'or » et du tableau de surveillance (pour les patients autonomes non suivis par une IDE)	Eviter le déséquilibre de l'INR
IDE	Surveille la prise du traitement, réalise les prises de sang et contrôle que l'équilibre soit maintenu	<ul style="list-style-type: none"> - Prépare le semainier pour le patient dépendant - Réalise la prise de sang en suivant le protocole - A la lecture des INR, refait une prise de sang avec un nouveau contrôle et/ou modifie la posologie de l'AVK selon le protocole des conduites à tenir élaboré entre médecins et IDE si médecin non joignable (cf. ci-dessous) - Renseigne la liste d'événements indésirables pour les patients suivis (cf. annexe 4) 	Prévenir le risque : <ul style="list-style-type: none"> - Risque de caillot si INR trop bas - Risque d'hémorragie si INR trop haut
		En cas de doute, l'IDE contacte le médecin	
Biologiste	Signale les écarts d'INR mettant en danger le patient	Le biologiste contacte le médecin ou l'IDE par téléphone ou par fax	Mise en œuvre du traitement adéquat le plus rapidement possible

2. Réunions de concertations pluriprofessionnelles

Les PS au sein d'une MSP participent à des Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles (RCP) afin de discuter des cas complexes, des cas nécessitant une meilleure prise en charge.

La proximité d'exercice facilite également la communication informelle, en direct, permettant un partage d'information plus systématique.

Pour cela, la MSP met en place :

- des moments, des plages horaires où auront lieu ces réunions, ces moments de concertations entre PS ;
- un accès et une utilisation des outils informatiques de communication facilitée pour les échanges quotidiens.

B. Actions d'éducation thérapeutique

Les PS peuvent mettre en place des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). C'est un programme ayant pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient, de rendre le patient autonome, d'améliorer l'observance. Le patient sera alors plus à même de gérer son quotidien avec sa maladie, de prendre des décisions.

La maison de santé propose un lieu idéal pour l'éducation thérapeutique, notamment grâce à la présence des professionnels sur place ainsi qu'à la mise à disposition des locaux.

Les ETP sont définies en 4 étapes :

- Élaboration d'un diagnostic : les PS évaluent les connaissances, les attentes ainsi que les besoins du patient. Ils vont alors discuter le quotidien du patient, ses habitudes, ses connaissances, son parcours de soin, son contexte de vie ;
- Définition des objectifs de l'ETP avec un programme personnalisé pour le patient : on définit avec le patient des objectifs, des compétences à acquérir à la fin du programme, les méthodes et outils qui vont être utilisés. On s'assure que ceci le satisfasse ;
- Mise en œuvre des séances : On va planifier plusieurs séances avec le patient en fonction des objectifs à atteindre. Ces séances peuvent collectives ou individuelles ou alternées ;
- Évaluation des connaissances, compétences du patient : Suite aux séances, on va faire le point avec le patient sur ces connaissances, ses compétences acquises, sa capacité d'adaptation concernant sa maladie, ce qu'il a compris.

À la suite de ces étapes, l'équipe peut proposer au patient des aides, des accompagnements ou alors un nouveau programme d'ETP pour approfondir d'avantages ses connaissances.

Enfin, une synthèse sera transmise au médecin généraliste et aux autres PS encadrant le patient.

Comment proposer les services de la MSP aux patients ?

Une communication s'effectue au sein de la MSP grâce à des outils tel que la télévision ou des affiches, ainsi qu'en informant directement les patients concernés par la thématique retenue du programme d'ETP mis en place. Il est également possible d'élargir la démarche aux patients qui ne consultent pas la MSP.

C. Démarche qualité

Chaque année, les MSP font le point sur leur projet de santé, afin identifier leurs points forts ainsi que leurs points faibles. Si le besoin se fait ressentir par les praticiens, de nouveaux plans d'actions pourront être envisagés ou encore de nouveaux projets de santé ou de prévention. Il s'agit d'entamer une démarche d'auto-évaluation.

Il est important de fixer des objectifs dès l'ouverture de la MSP, pour pouvoir faire le point par la suite et observer comment la MSP évolue.

La HAS a créé un référentiel en 2012 : la matrice de maturité , qui propose 4 grands axes à travailler continuellement en MSP :^[35]

- travail en équipe pluriprofessionnelle : réunion de concertation pluriprofessionnelle, protocoles pluriprofessionnels, coordination avec des professionnels extérieurs à la structure, dynamique d'équipe ;
- système d'information : partage de données, gestion des données, analyse des pratiques ;
- implication des patients : informations aux patients, éducation thérapeutique, plan personnalisé de santé, prise en compte de l'expérience des patients, soutien aux aidants ;

- projet de santé et accès aux soins : projet de santé de l'équipe, gestions du projet de santé, continuité des soins, accès aux soins.

→ Ces axes seront discutés, analysés, réadaptés, améliorés régulièrement.

Matrice de maturité en soins primaires

Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires



Figure 7: Matrice de maturité en soins primaires par la HAS

Voici comment s'articule l'autoévaluation par l'utilisation de ce référentiel établi par la HAS : ^[35]

«

- ◆ 1. L'équipe choisit l'axe sur lequel elle souhaite s'autoévaluer.
- ◆ 2. Pour chaque axe, elle choisit la (les) dimension(s) sur laquelle (lesquelles) elle souhaite s'autoévaluer.
- ◆ 3. L'équipe analyse le résultat du travail, puis définit des objectifs à atteindre pour l'année, les caractéristiques qui n'ont pas encore été intégrées dans la manière de travailler.
Ensuite, l'équipe définit les moyens et les modalités pour mettre en œuvre les actions retenues et pour évaluer l'atteinte des objectifs.
- ◆ 4. L'équipe renouvelle, tous les ans par exemple, l'auto-évaluation de son organisation pour, à la fois, acter les progrès réalisés et identifier de nouveaux objectifs de progression.

»

De plus, chaque professionnel est tenu de se former régulièrement :

- favoriser la formation continue au sein de la MSP ;
- promouvoir la formation pluridisciplinaire ;
- s'engager dans un programme de certification de la MSP ;
- encourager l'accueil de stagiaire, de personnels en formation ;
- organiser l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), prévue par la loi du 13 août 2004 : qui est une analyse de la pratique des PS par rapport à des recommandations élaborées par la HAS, permettant l'amélioration des pratiques.

IV. Une maison de santé au quotidien

A. Rencontre avec deux maisons de santé des HDF

1. Rencontre avec la maison de santé de Lille Moulins :

La MSP de Lille Moulins est située dans un quartier lillois possédant une population jeune, des familles monoparentales, une communauté Lesbien(ne)s Gays Bisexuels et Transgenres (LGBT). Le quartier détient des taux de précarité élevés. Il accueille également une population importante d'étrangers.

18 PS composent cette MSP dispersée, qui est répartie en 4 sites. L'équipe bénéficie de 6 médecins généralistes, 3 infirmiers, 2 orthophonistes, 2 psychologues, 4 kinésithérapeutes, un podologue et un pharmacien.

La MSP travaille avec de nombreuses associations et acteurs du quartier :

- le collectif LGBT et Féministe de Lille ;
- le Collectif Inter Associatif sur la Santé (CISS) ;
- l'association EOLE qui agit contre la précarité, regroupant notamment le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA).

Ensemble, ils forment « la Maison Dispersée de Santé », une association loi 1901.

Au niveau juridique, les PS impliqués dans cette MSP font donc partie d'une association loi 1901, d'une SISA pour la Maison de Santé, et possèdent leurs structures juridiques propres d'exercice libéral.

Afin de coordonner ces acteurs, une responsable gère l'aspect administratif et financier pour la SISA et l'Association. Elle effectue également le suivi du projet de santé.

Concernant la coordination, la MSP se réunit tous les 2 mois. Des réunions de concertation sont régulièrement effectuées. De plus, les médecins et infirmiers de la MSP se réunissent tous les 15 jours avec le foyer d'hébergement l'Escale.

La MSP est aussi une maison de santé universitaire, elle accueille donc des étudiants et des professionnels en formation. Elle effectue également des actions de recherche. Elle a une qualification universitaire au niveau de la médecine ainsi que de la pharmacie depuis le 1er janvier 2021.

La maison de santé de Lille Moulins travaille sur un projet de santé comportant plusieurs thématiques innovantes :

- « Accès aux soins » : accompagnement des personnes pour l'accès aux droits et aux soins, intervention des médecins pour les Lits Halte Soins Santé qui permet une prise en charge médicale des personnes sans domicile fixe.
- « Santé-Sexualité » : promotion de la santé auprès des jeunes sur le thème de la « vie affective et sexuelle », accompagnement des publics trans identitaires, accompagnement pour les femmes victimes de violences
- « Parentalité » : accompagnement et soutien sur la parentalité
- « Obésité-Diabète » : réalisation d'ETP, promotion de l'activité physique
- « Pathologies respiratoires chroniques » : réalisation d'ETP pour les patients souffrant de BPCO
- « Addictions » : mise en place du Protocole Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcoolisé (PASBA)
- « Souffrance psychique » : actions sur la « souffrance au travail », sur la « souffrance psychique ordinaire ».

C'est donc une MSP ayant une pratique innovante dans la prise en charge des patients par ses actions et par sa collaboration avec de nombreux acteurs extérieurs. Elle favorise une prise en charge globale médico-psycho-sociale.

Exemple de protocole réalisé au sein de la MSP de Lille Moulines sur l'accompagnement des personnes en variation de genre :

PARTIE I - PROTOCOLE « DESCRIPTIF »

Premier temps : la rencontre (une à plusieurs consultations)

1.1 Évaluation de « l'évidence »

- Partir de l'expertise de la personne quant à la variation de genre et de ce qui fait « évidence » ([annexe 1.1.a](#)) pour elle : depuis quand se pose-t-elle des questions, depuis quand a-t-elle mis des mots, depuis quand l'idée de transition est-elle là ?
- Évaluer la demande faite à la médecine dans l'accompagnement de la transition
- Évaluer l'urgence et les risques vitaux ([annexe 1.1.b](#))
- Ébauche du « projet de l'écriture du corps » qui est validé sans jugement ([annexe 1.1.c](#))

1.2 Évaluation des vulnérabilités psycho sociales

- Les ressources sur lesquelles la personne peut compter dans la réalisation bio-psycho-sociale de sa transition : ami.e.s, familles, compagne.compagnon, liens éventuels avec associations de pair.e.s. : sur qui compter ? ([annexe 1.2.a](#)).
- Les coming out : situation actuelle, obstacles rencontrés, violence, accueils bienveillants, etc. ([annexe 1.2.b](#))
- L'habitat, les ressources, les conditions matérielles de vie ([annexe 1.2.c](#))

1.3 Présentation des ressources régionales

- Présentation du Collectif Trans des Hauts de France ([annexe 1.3.a](#))
- Remise d'un document avec les adresses de toutes les associations ([annexe 1.3.b](#));
- Explication des « ressources » de la MDS en matière de transition :
 - Ressources internes : accompagnement médical, infirmier, orthophonie, kinésithérapie, soutien psychologique, expert.e.s d'expérience ([annexe 1.3.c](#));
 - Ressources externes : réseau MDS avec médecins spécialistes si nécessaire. ([annexe 1.3.d](#))

1.4 Évaluation médicale

- Évaluation des attentes médicales pour la transition : hormones, chirurgies, épilation, orthophonie ([annexe 1.4.a](#))
- Connaissances des hormones : effets positifs et négatifs ([annexe 1.4.b](#))
- Évaluation des problèmes de santé et maladies qui contre-indiqueraient la prise d'hormone ; remise d'une ordonnance pour bilans biologiques de base afin d'évaluer les contre-indications aux hormones et liens avec les autres traitements ([annexe 1.4.c](#))
- Proposition de demande d'ALD et explicitation ([annexe 1.4.d](#))

Deuxième temps : la transition hormonale (24 mois)

2.1 Évaluation de « l'évidence »

- Co-évaluation, le coming out, l'aptitude à vivre la nouvelle identité, les doutes ([annexe 2.1.a](#))
- Si toujours en accord pour démarrer la transition hormonale : consentement éclairé ([annexe 2.1.b](#))

Figure 8: Partie 1 du protocole sur la transidentité de la MSP de Lille Moulines (1/2)

2.2 Accompagnement bio psycho social des premières prescriptions

- > **Accompagnement biologique**
 - Analyse commentée des résultats du bilan biologique
 - Examen clinique (poids, TA, etc.)
 - Explication des effets secondaires des hormones et des différents types possibles de THS ([annexe 2.2.a](#))
 - Prescription première ordonnance et biologie de suivi ([annexe 2.2.b](#))
 - Premier bilan biologique à 6 semaines
- > **Accompagnement psychologique ([annexe 2.3.c](#))**
 - Évaluation de l'état psychique (angoisse, inquiétude, coming out difficile, etc.)
 - Si nécessaire : proposition de rencontre avec expert.e.s d'expérience et encouragement à rencontrer les groupes de parole des associations ([annexe 2.2.c](#))
 - Si nécessaire : proposition de rencontre en CMP sensibilisé à l'écoute non-pathologisante de la problématique de variation de genre ([annexe 2.2.d](#))
- > **Accompagnement social ([annexe 2.2.e](#))**
 - Accompagnement des relations familiales (parents, enfants, proches) avec proposition de rencontre si nécessaire
 - Évaluation des difficultés envisagées et des réponses au travail ou à l'école
 - Proposition de rencontre avec expert.e.s d'expérience
- > **Accompagnement juridique ([annexe 2.2.f](#))**
 - Explication des démarches pour effectuer les changements de prénom et d'état civil (CEC)

2.3 Accompagnement trimestriel de la transition

- > **Accompagnement biologique**
 - Tolérance et observance du traitement hormonal ([annexe 2.3.a](#))
 - Transformation corporelle et *passing* ([annexe 2.3.b](#))
- > **Accompagnement psychologique ([annexe 2.3.c](#))**
 - Vécu psycho-affectif des transformations
 - Les bien-être et mal-être à vivre dans un « nouveau » genre
 - Les projets pour « demain »
 - Partenaires, vie affective et sexuelle
- > **Accompagnement social ([annexe 2.2.e](#))**
 - Vivre avec une « nouvelle » identité
 - Lien avec des associations
 - Difficultés rencontrées au quotidien et violence : vécu de la transphobie

Troisième temps : les questions corporelles

3.1 : Chirurgie plastique et chirurgie génitale ([annexe 3.1](#))

3.2 : Évaluation budgétaire d'une transition en MDS ([annexe 3.2](#))

2. Rencontre avec la maison de santé de Steenvoorde :

La maison de santé de Steenvoorde est située en milieu semi rural dans le département du Nord. L'offre de soins autour de la commune est fragile malgré un besoin démographique important.

18 professionnels de santé composent l'équipe de cette MSP à site unique : 6 médecins généralistes, 5 infirmières, 6 masseurs-kinésithérapeutes, un pédicure podologue. La SISA travaille également avec 2 pharmaciens.

Au niveau juridique, les PS impliqués dans cette MSP font partis de la SISA et sont également membres de la Société Civile Immobilière (SCI) de la MSP. De plus, les PS sont associés dans un Société Civile de Moyen (SCM) pluri professionnel pour la gestion du budget de fonctionnement de la MSP.

Les PS se réunissent chaque mois durant des réunions de concertation. La maison de santé possède un coordinateur qui réalise un suivi du projet de santé.

La maison de santé travaille sur plusieurs actions de santé publique :

- Dépistage des troubles neurosensoriels,
- Dépistage des cancers,
- Prévention du risque cardiovasculaire,
- Éducation thérapeutique sur plusieurs thématiques : diabète, obésité infantile, BPCO,
- Participation aux campagnes nationales : octobre rose, mois sans tabac, ...

La MSP a mis en place plusieurs protocoles pluriprofessionnels :

- Pilulier dose administrée pour sujets âgés,
- Prévention patient chuteur,
- Mise en place d'un traitement par AVK,
- Pansements d'ulcères variqueux,
- Saignées pour les patients atteintes d'hémochromatose,
- Conciliation médicamenteuse.

Exemple de protocole réalisé au sein de la MSP de Steenvoorde sur la conciliation médicamenteuse :

Tableau V: Protocole "Optimisation Ordonnance" de la MSP Bergerie (1/2)

PROTOCOLE D'OPTIMISATION D'ORDONNANCE MSP BERGERIE 2019

Date de création	Novembre 2019
Date de modification	05/11/2019
Structure porteuse du protocole	MSP BERGERIE
Titre du protocole	Revue des ordonnances en rinôme
Référent (personne-ressource)	Dr Isabelle LEMAL
Liste des professionnels des services et structures impliqués dans la prise en charge	MT/IDE/PHARMACIENNE/mmspbergerie
Problématique	En 2018 les médecins de la MSP et les pharmaciens d'officine ont entamé un processus qualité visant la conciliation médicamenteuse dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Les constats ont été étonnants et ont permis de nettoyer une vingtaine d'ordonnance de patient chronique. Les bonnes habitudes de réunion de conciliation avec les pharmaciens et médecins de la MSP ont perduré en 2019 mais dans une moindre mesure, pourtant les besoins sont toujours là.
Objectif Général	- Repérer la population cible - Éviter le risque d'atrogène en nettoyant les ordonnances en équipe
Population cible	- Patient de plus de 75 ans OU Répondre à l'une des questions - 2 maladies chroniques ou une insuffisance d'organe (cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique) - Au moins 10 prises quotidiennes de médicaments (automédication incluse) ou 5 médicaments ont du diurétique ou anticoagulant ou psychotropes. - Difficultés à gérer ses médicaments, - Antécédents d'effet indésirables d'un médicament - Accès aux soins limité (isolement, ou déni du patient, problèmes médico-économiques)
Evaluation	Annuelle - Nombre de patients inclus - Nombre d'ordonnance nettoyée - Nombre de signalement aux pharmaciens
Liste des documents associés	- Rappel critères inclusion - Grille pharmacien - Grille médecin - Grille de RCP conciliation
Liste des sources documentaires	
Lieu de consultation du protocole	Papier Salle de pause Numérique Salle de Réunion
Liste des professionnels adhérent	MT/IDE/PHARM
Liste des professionnels des structures informés du protocole	Professionnels de la MSP Bergerie + PHARMACIENNE
Groupe de travail	Conception Dr Vandenberghe Marie. Relecture Isabelle LEMAL formalisation Sylvain Derensy
Mode de validation du protocole	Consensus d'équipe
Date de revue d'actualisation	Octobre 2020

Tableau VI: Protocole "Optimisation Ordonnance" de la MSP Bergerie (2/2)

Professionnel (QUI?)	Actions (QUOI?)	DESCRIPTION (COMMENT?)	OUTILS (TRACABILITE?)
MT	- Inclure les patients dans le protocole et recueillir le consentement du patient. - Interpeller le pharmacien si le patient a des difficultés à gérer ses médicaments.	- Fiche d'inclusion et accord obtenu en consultation ou en visite.	- Noter l'inclusion dans le dossier patient partagé.
Pharmacienne	- Inclure les patients dans le protocole et recueillir le consentement du patient.	- Selon la fiche d'inclusion de l'officine.	- Appeler le MT pour signaler l'inclusion.
IDE	- Signaler au MT la possibilité d'inclusion du patient selon les critères définis. - Interpeller le pharmacien et le MT si le patient a des difficultés à gérer ses médicaments.	- Selon la fiche d'inclusion et/ou un constat sur la pharmacie des patients aux domiciles.	- Signaler possible inclusion au MT dans une note dans le dossier patient.
MT	- Passer en revue l'ordonnance et remplir la grille. - Assister à la RCP de conciliation.	- Grille des interactions MT. - Après analyse du pharmacien, procéder au nettoyage de l'ordonnance si besoin.	- Scanner la grille dans le dossier patient. - Rectifier l'ordonnance chronique dans le dossier.
Pharmacien	- Passer en revue l'ordonnance et remplir la grille pharmacien. - Assister à la RCP de conciliation.	- Grille des interactions et alerte sur les interactions.	- Donner la grille au coordinateur pour inclusion dans le dossier patient.
IDE	- Assister à la RCP de conciliation. - Protocole pilulier si besoin.	- Organiser les passages de dispensation si besoin.	- Scanner et intégrer le tableau de suivi pilulier si besoin.

B. Le rôle d'un coordinateur au sein d'une maison de santé

Son rôle principal est de faciliter la mise en œuvre du projet de santé.

Il va fédérer les différents points de vue au sein de l'équipe de la MSP.

Ses activités au sein de l'équipe vont être de :

- fluidifier les échanges entre les PS ;
- organiser les réunions ;
- animer l'équipe ;
- développer les outils de travail et de communication ;
- représenter la maison de santé, il sera généralement l'interlocuteur privilégié de la MSP.

Pour des surfaces plus petites, ses activités de coordinateur peuvent s'étendre à :

- l'organisation des projets de santé ;
- l'organisation des séances d'éducatives thérapeutiques ;
- la gestion administrative.

Le coordinateur peut être un membre de l'équipe des professionnels de santé ou alors il peut être engagé pour cette fonction. Dans ce cas, plusieurs solutions sont possibles :

- il peut être embauché par la commune ;
- il peut être embauché par la MSP via la SISA ;
- il peut être indépendant et être rémunéré sous forme de prestations de services.

Ainsi selon les besoins et les ressources de la MSP, plusieurs options s'offrent à la MSP afin de gérer au mieux son fonctionnement.

C. Fonctionnement interne d'une maison de santé

Une MSP dispose d'un secrétariat en commun qui est chargé :

- d'accueillir les patients et les orienter vers son professionnel de santé ;
- de la prise de rendez-vous avec un numéro de téléphone commun ;
(Remarque : chaque professionnel devra rester joignable via un numéro d'accès direct) ;
- de réceptionner les courriers ;
- d'éventuellement rédiger les courriers et de les envoyer.

La maison de santé possède, si possible, plusieurs salles d'attentes afin de respecter les mesures d'hygiènes et de maximiser la confidentialité au sein de la MSP. La maison de santé met en place une signalétique de circulation claire. Aussi, les professionnels de santé exerçant au sein de la MSP doivent être clairement identifiés. Le patient reste libre concernant le choix de ses praticiens.

La qualité des locaux est primordiale pour le bien-être des patients et des PS. Le bon aménagement des locaux est capital : espaces suffisants dans les salles d'attente, zones de confidentialité, bon éclairage, insonorisation, ...

V. Optimiser une maison de santé

A. L'importance d'une charte interprofessionnelle et d'un règlement intérieur

1. La charte interprofessionnelle

Elle précise la philosophie de soins des PS au sein de la MSP.

Cette charte sera communiquée au conseil départemental de l'Ordre (en application de l'article R.4127-91 du CSP - article 91 du code de déontologie médicale).

La maison de santé s'engage sur l'accès aux soins sur une large plage horaire avec l'accès aux soins sans rendez-vous si nécessaire, pour assurer une prise en charge optimale.

Une maison de santé est donc tenue (selon la charte de l'Assurance Maladie) :

- d'ouvrir au minimum de 8h à 20h heures du lundi au vendredi et le samedi matin de 8 heures à 12 heures ; avec un secrétariat se rendant disponibles selon des modalités propres à chaque MPS ;
- d'assurer une permanence téléphonique en dehors de ces horaires d'ouverture afin d'orienter les patients vers une solution adéquate ;
- de prendre en charge le patient rapidement, dans la journée, si son état le nécessite ;
- de coordonner les informations du patient entre les différents professionnels de santé de la MSP ;
- d'orienter le patient vers un autre professionnel de santé de la MSP ou extérieur à la MSP selon le besoin ;
- d'organiser les échanges entre la MSP et les établissements santé lorsque cela est nécessaire, notamment en cas d'entrée/sortie d'hospitalisation.

De plus, il est important que dans cette charte s'ajoutent plusieurs points, avec par exemple :

- le respect du secret médical ;
- la place centrale qu'occupe le patient ;

- le respect des choix du patient : notamment s'il ne souhaite pas que ces données soient partagées, même au sein de la MSP ;
- l'engagement à la participation aux réunions interprofessionnelles ;
- l'adhésion préalable du PS s'il participe à une action de santé menée par la MSP ;
- la bonne utilisation des moyens de communication au sein de la MSP ;
- l'engagement du PS à trouver une solution à toute demande de soins dans un délai raisonnable en fonction de l'état du patient.

2. Le règlement intérieur

Il précise le fonctionnement quotidien de la MSP. Il complète la charte de la MSP.

Quelques exemples de points à préciser dans le règlement intérieur :

- les modalités de collaboration entre les PS ;
- les modalités de remplacements des PS ;
- les modalités de renouvellement d'occupation : préavis, nécessité du PS à assurer sa succession ou non ;
- le choix des stagiaires : choix individuel ou collectif ;
- la fréquence des réunions interprofessionnelles ;
- les installations mises à disposition : informatique, alarme, téléphone ;
- les modalités d'utilisations et conditions d'accès au partage d'informations informatisée ;
- de la mise en commun du secrétariat ;
- la répartition des locaux entre les PS ;
- les règles des parties communes : salle de repos, vestiaires, locaux techniques, salle de réunion, salles d'attente, secrétariat, sanitaires ;
- les conditions de location, les loyers et charges.

B. Système d'informations et partage des informations

1. Système d'information

- **Choix du logiciel**

Le Ministère de la Santé a décidé de mettre en place un label concernant les logiciels utilisés en MSP ; un label « e-santé Logiciel Maison et Centres de Santé » qui est géré par l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Les logiciels répondent alors à des exigences formulées dans le Référentiel Fonctionnel de Labellisation (RF) (la dernière version date de 2016).

Il sera donc conseillé d'utiliser un logiciel faisant partie des logiciels labellisés par l'ANS pour plus de confort. Il existe seize solutions logicielles qui sont labellisées.

Les fonctionnalités des logiciels sont classées en 4 catégories :

- fonctions relatives à l'exercice professionnel individuel (gestion des consultations, du dossier patient, de l'agenda, de la facturation) ;
- fonctions relatives à la coordination interprofessionnelle (accès aux dossiers patients, outils aux réunions pluriprofessionnelles, suivi des protocoles) ;
- fonctions pour le pilotage et le suivi de l'activité (notamment pour réaliser des bilans nécessitant d'être envoyés aux institutions (ARS, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM))) ;
- fonctions relatives à la gestion de la structure (notamment concernant la gestion logistique et les ressources).

Le label garantit également la conformité à la réglementation :

- du stockage des données (l'hébergeur est agrémente Hébergeur de Données de Santé (HDS)) ;
- de la dématérialisation des feuilles de soins (présentation du Procès-Verbal d'agrément délivré par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) ; agrément SESAM-Vitale) ;
- aide à la prescription médicamenteuse : (certification du Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP)).

Il doit également être compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP).

Le logiciel labellisé facilite surtout :

- l'accès au dossier médical ;
- la gestion du droit d'opposition du patient au partage de ses informations entre les PS de la MSP ;
- une visualisation des indicateurs d'activité.

Exemple de logiciels solutions labélisées : Acteur CS.FR, Alma Pro, DR Santé, Chorus, ...

Remarque : le pharmacien n'est généralement pas concerné par ces logiciels puisque la pharmacie nécessite un logiciel propre à sa structure.

- **Installation du logiciel**

Il est important de prendre en compte que ^[36]:

- le système informatique ne va définir une organisation. Il faut, avant de le mettre en place, définir l'organisation au sein de la MSP. L'installation du système ne se fera donc que vers la fin de la concrétisation du projet ;
- la mise en place du système d'informations prend du temps et de la réflexion durant la construction du projet.

L'agence du numérique de la santé recommande de procéder selon 3 étapes :



Figure 10: Étapes pour la mise en place du système d'informations

2. Le partage d'informations

Le partage d'informations médicales au sein d'une MSP est régi par l'article L.1110-4 du CSP :

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre 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 sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

> de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. » ^[37]

Ce partage d'information nécessite :

- le consentement du patient. Le patient peut changer d'avis à tout moment. Il faudra alors prévoir un protocole lorsque le patient refuse ce partage. le consentement nécessite une information éclairée et complète au patient ;
- les modalités d'utilisation et les conditions d'accès doivent être précisées dans le règlement intérieur ;
- le respect de la réglementation, notamment celle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Concernant le consentement :

- il est recommandé de laisser un moment de réflexion au patient entre le moment où on l'informe et le moment où il donnera son consentement ;
- les informations concernant le consentement pourront être données le plus rapidement possible au patient : lors de sa première prise en charge ou lors de la prise du premier rendez-vous ;
- l'information orale est primordiale, mais elle peut être complétée par une fiche remise au patient.

Il est capital de mettre en place un cahier des charges concernant le système informatique et le partage de données.

Outre le partage d'informations médicales, il est intéressant de mettre en place un outil de gestion informatisée partagé regroupant les documents types de la MSP, les contrats, la charte, le règlement intérieur, les protocoles, le planning des congés, l'emploi du temps.

<p style="text-align: center;">L'ESSENTIEL SUR LE PARTAGE DES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE SANTE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE LA MAISON OU DU CENTRE DE SANTE</p> <p style="text-align: center;">Les informations de santé vous concernant sont accessibles à tous les professionnels de santé de la maison ou du centre de santé, sous réserve qu'ils vous prennent en charge et que vous donniez votre consentement exprès.</p> <p>DE NOUVELLES CONDITIONS DE PARTAGE DES INFORMATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE</p> <p>Alors que jusqu'à maintenant seules les informations utiles à votre prise en charge pouvaient être partagées entre les professionnels de santé de la structure, désormais, ces professionnels peuvent avoir accès à <i>l'ensemble</i> des informations vous concernant.</p> <p>Pourquoi ce changement ? Pour mieux vous prendre en charge. En effet, la transmission des seules informations utiles obligeait le professionnel de santé à faire un choix parmi les informations. Ce choix pouvait être source d'erreurs ou d'omission (le professionnel pouvait ignorer l'intérêt d'une information pour l'autre professionnel) et prenait du temps, risquant de retarder ainsi votre prise en charge par l'autre professionnel. Pour une prise en charge optimale, il est essentiel que le professionnel de santé qui vous soigne dispose en temps opportun de tous les éléments qui lui sont nécessaires.</p> <p>QUELLES INFORMATIONS PEUVENT ETRE PARTAGEES ?</p> <p>Il s'agit de toutes les informations concernant votre santé mais aussi de toute autre information personnelle que le professionnel de santé a pu recueillir à votre sujet à l'occasion de votre prise en charge et utile pour celle-ci.</p> <p>QUI PEUT PARTAGER L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS VOUS CONCERNANT ?</p> <p>Il n'y a que les professionnels de santé de la maison ou du centre de santé qui vous prennent en charge qui ont accès à l'ensemble des informations : les professionnels de santé de la maison ou du centre de santé qui ne vous prennent pas en charge, ainsi que les autres professionnels (psychologues, osthéopathes, personnel administratif ...), n'ont pas accès à <i>l'ensemble</i> de ces informations. Ils peuvent cependant, à l'occasion de l'exercice de leurs missions, avoir connaissance de certaines d'entre elles. L'ensemble des professionnels est soumis au secret professionnel.</p> <p>SELON QUELLES MODALITES L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS VOUS CONCERNANT PEUVENT ETRE PARTAGEES ?</p> <ul style="list-style-type: none">- votre consentement est-il nécessaire ? oui, absolument nécessaire : aucune information vous concernant ne peut être partagée si vous ne donnez pas au préalable votre accord à ce partage.- comment manifester votre consentement ? Votre consentement doit être "exprès" : cela signifie que vous devez le manifester sans ambiguïté. Vous n'êtes cependant pas obligé de le formuler par écrit. Les modalités de recueil de votre consentement, variable selon les structures, peut se présenter sous forme dématérialisée ou non. La personne chargée de vous renseigner doit vous expliquer les conditions applicables au sein de la maison ou du centre de santé. Dans tous les cas, le dossier médical mentionne :<ul style="list-style-type: none">➤ les informations que vous avez reçues oralement et au travers de cette fiche d'information sur le partage des informations vous concernant.➤ votre consentement au partage des informations vous concernant ou votre refus de ce que l'une ou plusieurs d'entre elles soient accessibles à un ou plusieurs professionnels de santé. Dans ce dernier cas, les informations qui vous ont été délivrées par le professionnel sur les risques liés à ce refus sont également portées au dossier médical.
--

Figure 11: Fiche patient concernant le consentement sur le partage d'informations (1/2)

- qui peut recueillir votre consentement ?

En fonction de l'organisation de la maison ou du centre de santé, votre consentement est recueilli soit par le professionnel de santé qui vous prend en charge, soit par un autre professionnel qui vous a informé. Toutefois, si à la suite des informations que vous avez reçues, vous avez encore quelques hésitations ou incertitudes, il convient d'en parler au professionnel de santé. Dans ce cas, c'est lui qui recueillera votre consentement ou votre refus, total ou partiel, au partage des informations vous concernant.

- quand manifester votre consentement ? Quelle est sa durée de validité ?

Sauf urgence ou impossibilité, votre consentement doit être recueilli au plus tard préalablement à votre prise en charge par un autre professionnel de santé qui nécessitera donc le partage des informations vous concernant. Vous pouvez solliciter un délai de réflexion. Vous pourrez toujours, ultérieurement retirer ce consentement si vous le souhaitez.

Une fois votre consentement donné, il ne vous sera pas de nouveau demandé : il sera valable pour toutes les prises en charge à venir au sein de la structure, sauf si vous décidez de le retirer. Cela signifie que, du jour où vous donnez une information à un professionnel de santé, cette information sera accessible, éventuellement des années plus tard, aux autres professionnels qui vous prendront en charge, qui sont par ailleurs soumis au secret professionnel.

- et si vous hésitez ou si vous n'êtes pas d'accord ?

Si vous avez la moindre interrogation, n'hésitez pas à demander de nouveau des compléments d'information, soit au professionnel de santé, soit aux autres professionnels.

Si vous n'êtes pas d'accord avec le principe du partage de l'information, si vous voulez retirer votre consentement après l'avoir donné ou si vous souhaitez qu'une ou plusieurs informations vous concernant ne soient pas accessibles à un ou plusieurs autres professionnels de santé de la maison ou du centre, vous avez le droit de le faire savoir. Il est recommandé alors d'en parler au professionnel de santé qui vous prend en charge : c'est lui qui est le mieux à même de recueillir votre décision. En effet, votre refus peut avoir des conséquences sur votre prise en charge et seul le professionnel de santé est compétent pour vous éclairer à ce sujet.

**SI VOUS ETES UNE PERSONNE MAJEURE EN TUTELLE
OU UNE PERSONNE MINEURE**

Que vous soyez une personne majeure en tutelle ou une personne mineure, les informations relatives au partage des informations vous concernant vous seront délivrées. Il sera tenu compte de votre capacité de discernement ou de votre degré de maturité.

Si vous êtes une personne majeure et que vous bénéficiez de la protection d'un tuteur, vous pouvez vous-même consentir ou refuser le partage de l'ensemble des informations vous concernant. Toutefois, dans certains cas, en fonction des termes du jugement de tutelle ou de la délibération du conseil de famille, votre tuteur pourra autoriser ou non le partage des informations vous concernant.

Si vous êtes une personne mineure, l'un ou l'autre des titulaires de l'autorité parentale (vos parents ou votre tuteur) pourront autoriser ou non le partage des informations vous concernant. Toutefois, dans le cas où le médecin accepte de mettre en œuvre un traitement ou une intervention *qui s'impose pour sauvegarder votre santé*, sans le consentement de vos parents, parce que vous souhaitez garder le secret sur votre état de santé, il vous appartiendra de donner votre consentement ou de refuser le partage des informations recueillies à l'occasion de ce traitement ou de cette intervention.

Votre consentement sera sollicité également, si vos liens avec votre famille sont rompus et si vous bénéficiez, à titre personnel, du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture maladie universelle complémentaire.

Les informations contenues dans cette fiche sont obligatoirement complétées par des informations orales délivrées par le personnel administratif et/ou le professionnel de santé qui vous prend en charge. L'un et l'autre sont à votre entière disposition pour toute information complémentaire que vous pourriez souhaiter.

Figure 12: Fiche patient concernant le consentement sur le partage d'informations
(2/2)

C. Comment se compose une MSP ?

Selon l'ARS :

- Le nombre moyen de professionnels par MSP dans les HDF est de 12,5.
- Concernant la répartition des professions au niveau de la région HDF, sur 2359 PS travaillant en MPS, on compte : 666 (soit 28%) médecins généralistes, 687 (soit 29%) 687 d'Infirmiers Diplômés d'État, 246 (soit 10%) de kinésithérapeutes et 61 (soit 2,5%) de sages-femmes. [13]

L'ARS Hauts-De-France recommande une composition minimale de 6-7 professionnels de soins primaires ; avec une association la plus large comprise, y compris les pharmaciens même si l'implantation des pharmacies reste réglementée.

D. L'entente au sein d'une MSP

Travailler de manière pluridisciplinaire est plus en plus favorisé au cours des études de santé. Cependant, l'approche reste encore très hospitalo-centrée en pratique, avec une place du médecin très centrale. [39]

Une équipe soudée, qui communique afin de pouvoir travailler efficacement, permet de connaître le métier de chacun, ainsi que les différentes méthodes de travail afin que tous se comprennent et puissent se mettre à la place des autres. L'entente et l'empathie au sein de la MSP facilitera la communication et le travail en coopération.

Concernant l'arrivée d'un nouveau PS ou d'autres salariés, leur accueil et leur intégration sera très important. Préparer leur arrivée, les présenter dès le début à l'ensemble du personnel travaillant au sein de la MSP, leur montrer le mode de fonctionnement quotidien de la MSP (planning, secrétariat, ...), permettra d'optimiser dès le départ l'apport de nouvelles visions et représentations du soins à l'enrichissement de la MSP.

E. La gestion de la maison de santé

Il semble indispensable de faire prendre conscience à l'ensemble de l'équipe de l'intérêt du travail en commun.

Peuvent être distingués :

- le management stratégique (tout ce qui concerne le projet de santé qui est géré par les PS. La coordination des PS est facilitée par le coordinateur de soins comme détaillé précédemment.) ;
- le management opérationnel (concernant la gestion de la structure qui peut être gérée par une autre personne).

Le management opérationnel concerne notamment la gestion de l'administratif et plus précisément :

- la gestion du secrétariat ;
- la gestion de la coordination des soins ;
- la gestion du système informatique et du partage des informations ;
- la gestion comptable de la MSP.

Cette partie administrative peut être gérée par une personne tierce afin d'apporter plus de confort aux PS. Il est donc possible d'avoir une « direction » au sein de la maison de santé concernant la partie administrative.

F. La rémunération au sein d'une MSP

Chaque professionnel perçoit une rémunération propre en fonction de son activité d'exercice. S'ajoute à cela la rémunération des activités provenant de la maison de santé. [40]

Il y a cependant des conditions pour que la MSP bénéficie de cette rémunération :

- le projet de santé mené par la MSP doit être validée par l'ARS ;
- la MSP doit fonctionner en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) ou s'engager à constituer une SISA dans les 6 mois après signature du contrat ;
- signer un contrat avec accord de 5 ans entre les PS de la MSP, l'ARS et la CPAM.

L'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (ACI) du 20 avril 2017 de l'Assurance Maladie oblige la MSP à s'engager selon 3 axes : [41]

- Axe 1 : Un accès aux soins qui doit être renforcé,
- Axe 2 : Le travail en équipe et en coordination
- Axe 3 : L'utilisation de systèmes d'informations partagées.

Ces engagements sont souvent précisés dans la charte de la MSP.

Chaque axe comprend :

- Des engagements « socle et prérequis » qui sont obligatoires
- Des engagements « optionnels » qui sont modulables selon la MSP et la patientèle de celle-ci.

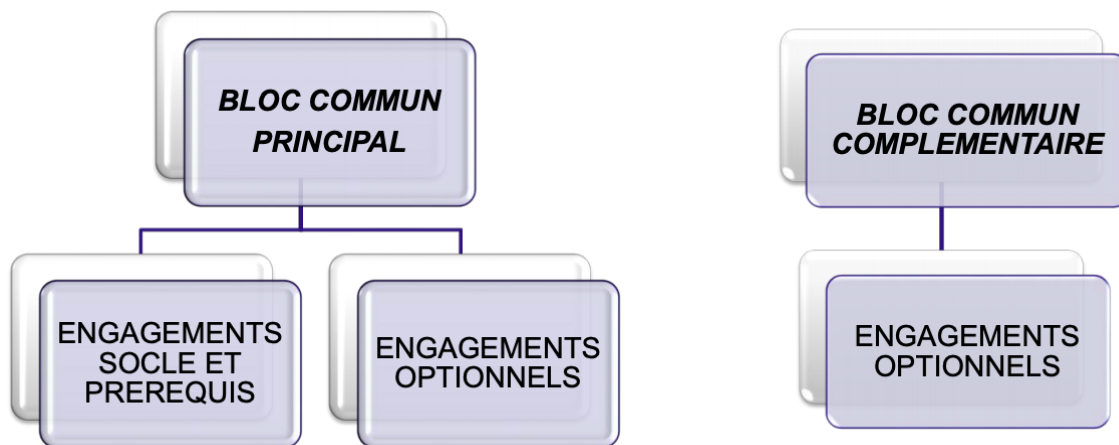


Figure 13: Schéma sur les différents engagements pouvant être pris par la MSP

Exemple d'engagements « socle et prérequis » et d'engagements « optionnels » sur l'axe 1

- ◇ Engagements « Socle et prérequis » de l'Axe 1 – Accès Aux Soins :
 - Large amplitude des horaires d'ouverture : 8h-20h en semaine et le samedi matin
 - Accès à des soins non programmées
- ◇ Engagements « Optionnels » de l'Axe 1 – Accès aux soins :
 - Réalisation de missions de santé publique
 - Diversification de l'offre de soins

Concernant la demande de contrat avec l'ARS et CPAM, il faudra : [42]

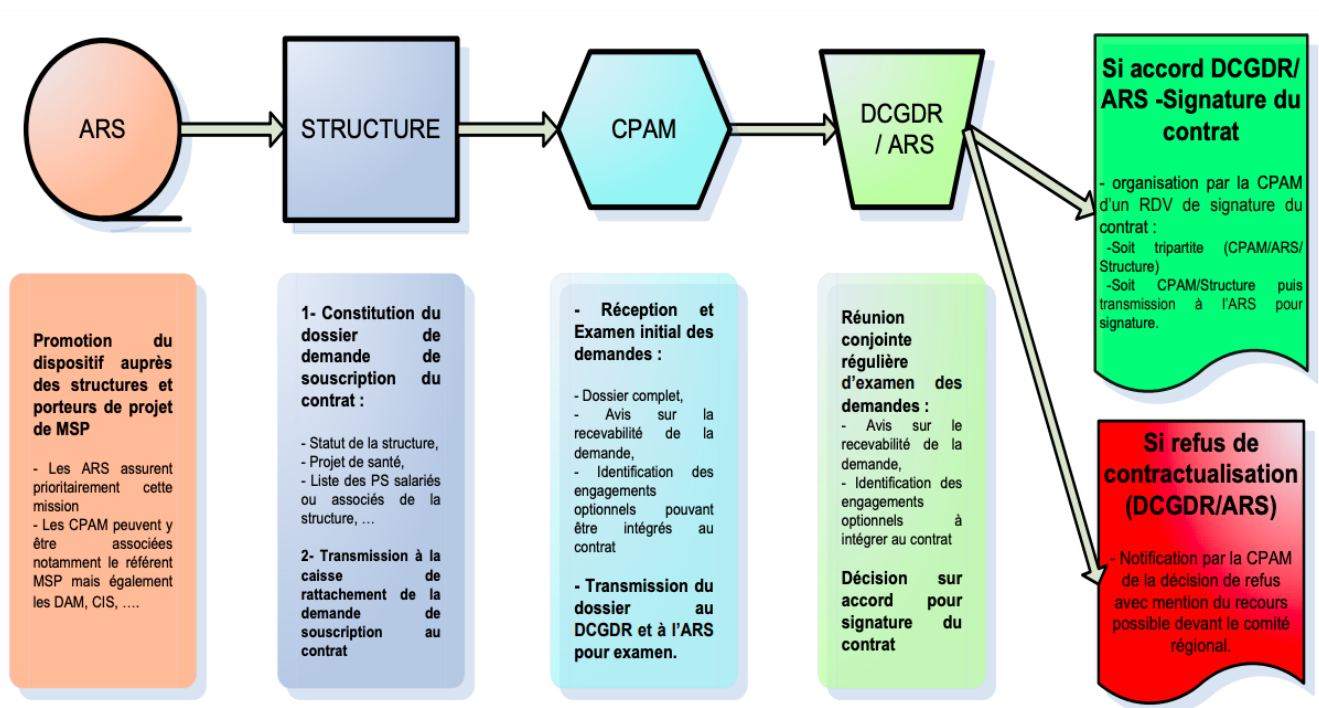


Figure 14: Procédure de demande de contrat avec l'ARS et la CPAM

- ◆ Constituer un dossier de demande de souscription du contrat :
 - Statut de SISA de la MSP
 - Projet de Santé
 - Liste des PS de la MSP
 - Liste des PS non associés exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la MSP
 - Liste des PS exerçant des vacations au sein de la MSP
- ◆ Envoyer la demande de contractualisation à la CPAM.
- ◆ La CPAM va alors étudier le dossier le MSP : vérification de l'intégrité et la recevabilité du dossier, identification des engagements de la MSP.
- ◆ Transmission par la CPAM du dossier à l'ARS et à la Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque (DCGDR) pour examiner le dossier.
- ◆ L'ARS et la DCGDR vont à leur tour étudier le dossier.
- ◆ Transmission de la décision prise par L'ARS et la DCGDR à la CPAM.
- ◆ La décision prise est communiquée dans un délai de 2 mois suite à l'envoi de la demande.

- ◆ Si la demande est acceptée, il y aura un rendez-vous pour signer le contrat. Si la demande est refusée, la décision peut être contestée dans un délai de 2 mois auprès du Comité régional de suivi.

Selon l'Assurance Maladie : « *une maison de santé composée de 13 professionnels de santé disposant d'une patientèle de 4000 personnes, qui atteindrait l'ensemble des engagements, verrait sa rémunération passer de 51 800€ par an dans le règlement arbitral, à 73 500€ grâce à l'ACI* »

La rémunération spécifique de la MSP dépendra globalement :

- Des engagements tenus avec l'atteinte des indicateurs
- De la patientèle de la MSP
- De la patientèle des médecins traitant au sein de la MSP
- Du nombre de PS exerçant au sein de la MSP

Le calcul de cette rémunération se fait par points, qui se fait en fonction du respect des engagements et qui sont mesurés par **des indicateurs**.

Exemples types d'indicateurs :^[43]

- Nombre et types de professionnels avant la MSP
- Nombre et types de professionnels à l'ouverture de la MSP
- Nombre et types de professionnels en année N+5
- Nombre de patients ayant fait l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire par an
- Nombre de dépistages effectués
- ...

Chaque année, la MSP devra transmettre des justificatifs, un rapport d'activité. La rémunération sera calculée à l'aide de ces déclarations ainsi que des données que possède l'Assurance Maladie. Des évaluations pourront être faites ponctuellement pendant l'année par des agents extérieurs.

Comment s'effectue les versements de la rémunération ?

- La CPAM vérifie les données et les indicateurs atteints par la MSP.
- Le versement est effectué, au plus tard, le 30 avril de l'année suivante à l'année servant de référence pour le suivi des engagements
- Il y a une avance de 60% dans les 3 mois suivant la signature du contrat pour la première année

G. Aides et formations possibles

Il existe des offres d'accompagnement au niveau régional, autre que les financements, en voici quelques exemples ^[36]:

- L'ARS apporte son soutien dans la mise en place de l'exercice coordonné.
- Les Groupements de Coopération Sanitaires en e-santé (GCS e-santé) proposent un soutien dans la mise en place du système d'information en analysant les besoins de la structure et en proposant alors des solutions adaptées aux besoins. Ils permettent également un échange d'expérience entre les structures d'exercice coordonné sur les projets d'informatisations finalisés.
- Les fédérations nationales (Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)), régionales ainsi que les coopératives : proposent des formations et des ressources concernant la coordination des soins.
- Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) : proposent des réunions d'informations sur les systèmes d'informations et sur d'autres outils informatiques.

VI. La maison de santé, un lien avec l'hôpital et l'université

A. La MSP Universitaire

L'ARS des Hauts-De-France recommande un taux de 50% de médecins généralistes au sein de la maison de santé, qui soient formés au statut de maître de stage afin d'accueillir au mieux les stagiaires. Dès l'ouverture de la MSP, cette dernière se doit de contenir au moins un médecin généraliste et maître de stage formé ou en formation pour l'année suivante.

Une MSP peut ensuite obtenir la qualification universitaire, si elle développe la formation au sein de sa structure et qu'elle s'engage dans la recherche en soins primaires.

1. La qualification universitaire

Cette qualification permet :

- d'apporter une qualité de formation aux étudiants et aux autres professionnels en formation ;
- d'avoir une meilleure visibilité et donc une attractivité pour des futurs praticiens ;
- d'impliquer les équipes dans la recherche en soins primaires.

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire (MSPU) est à la fois un lieu de soins, de formation et de recherche. Il y a donc deux enjeux à l'universitarisation de la MSP : la formation et la recherche.

- La formations en soins primaires :

La MSPU développe la formation en pratique interprofessionnelle. Elle accueille stagiaires et futurs professionnels de santé. Elle fait participer les étudiants à la structuration des parcours de soins des patients avec les structures partenaires. Elle peut superviser des thèses de médecine générale, de pharmacie, d'odontologie selon sa qualification.

- La recherche en soins primaires :

La MSPU développe l'investigation clinique sur les populations spécifiques, le partage des savoirs entre patient et soignant. Elle évalue et écrit des publications sur les actions alors menées.

2. Les conditions de la qualification universitaire des MSP

La MSPU signera une convention tripartite avec l'ARS ainsi qu'un établissement d'enseignement. La convention permet d'améliorer la démarche de recherche et d'enseignement au sein de la structure et de cadrer les partenariats.

Selon le décret publié le 18 octobre 2017, les MSPU s'engagent, si leur demande de qualification est acceptée : ^[9]

- à poursuivre son mode de fonctionnement pour une durée de 5 ans minimum ;
- à accueillir au moins un étudiant de 2^{ème} cycle en médecine, de façon régulière ;
- à accueillir au moins un étudiant de 3^{ème} cycle en médecine, de façon régulière
- à accueillir d'autres professionnels en formation ;
- à faire de la recherche en soins primaires, selon les bonnes pratiques de recherche clinique ;
- à engager un enseignant universitaire de médecine générale ou un chef de clinique (ou ancien chef de clinique) de médecine générale qui exercera son activité dans la MSP.

A la suite des 5 ans d'engagement, la MSPU est soumise à une évaluation des actions de recherche et d'enseignement effectuées. Les résultats, avec les avis favorables du Directeur de l'Unité de Formation et de recherche, ainsi que du Directeur de son département de Médecine Générale, permettront de renouveler la qualification universitaire de la MSP.

Concernant le Chef de Clinique des Université de Médecine Générale (CCU-MG) :

Ses fonctions universitaires et ses fonctions de soin seront exercées dans des lieux différents, à la différence des chefs de clinique classiques. Ses fonctions de soin sont alors pratiquées en ambulatoire (il n'y aura pas d'hospitalisation pour le patient).

Pour pouvoir exercer au sein de la MSP, il convient de signer un contrat de collaboration.

Il s'engage à exercer 4 à 5 demi-journées par semaine pour réaliser un minimum de 20 actes par semaine et à participer à la permanence de soins.

B. Coordination et communication avec l'Hôpital

Promouvoir la communication entre les différents établissements de santé permet de réaliser des co-projets avec des acteurs extérieurs à la MSP.

De par son système informatique sécurisé et ayant déjà une coordination de soins au sein de sa structure, la MSP aura plus de facilité à communiquer et à échanger avec l'hôpital. La qualité de la prise en charge du patient est de ce fait améliorée.

Afin de faciliter cette communication, il est préférable pour la MSP de :

- définir une équipe qui sera responsable de la communication avec l'hôpital ;
- former les équipes par rapport à la coordination MSP-Hôpital ;
- mettre en place un système d'échange sécurisé ;
- automatiser les échanges avec les équipes de l'hôpital ;
- effectuer régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des équipes de la MSP et des équipes de l'hôpital pour améliorer en continu cette communication et cette coordination ;
- formaliser des protocoles pluri professionnels avec les hôpitaux de référence.

VII. Avantages et inconvénients de la pluridisciplinarité

A. Avantages

1. Pour le patient

Le patient bénéficie d'une prise en charge améliorée et plus globale. Son parcours de soin est coordonné et facilité du fait de la proximité des praticiens. Le patient possèdera une offre de soins de proximité. De plus, cette prise en charge lui permet d'avoir son temps d'hospitalisation et son risque de complications réduits.

2. Pour les praticiens

Les bénéfices sont multiples pour les praticiens. Cela procure un sentiment de bien-être, un sentiment d'appartenance à une équipe (qui n'existe pas toujours lorsque les PS sont en cabinet individuel). Quand cela est possible, cela permet une adaptation de l'emploi du temps, un remplacement facilité concernant les congés. La maison de santé permet de mutualiser le secrétariat, les frais administratifs, et donc de réduire les coûts. Les PS ont la possibilité d'échanger sur leur pratique, de participer à des actions collectives de santé. Sur le plan financier, les PS perçoivent une rémunération supplémentaire grâce à la rémunération spécifique de la MSP.

3. Pour la commune

La maison de santé permet d'offrir à la population une pratique innovante en matière de santé ce qui permet de dynamiser la commune. Son activité d'attirer de nouveaux professionnels de santé, ce qui peut remédier à un manque possible de praticiens sur le secteur.

B. Inconvénients

La durée de conception du projet est variable et peut prendre du temps. De plus le coût de la structure nécessite un certain investissement financier, malgré les différentes aides disponibles. Les coûts liés à la coordination pluriprofessionnelle s'ajoutent et la charge administrative peut s'avérer plus important qu'en cabinet individuel.

Aussi, le travail inter professionnel nécessite une certaine capacité à travailler en groupe, ce qui peut augmenter le temps de travail, notamment lié aux réunions et aux différentes actions de santé mises en place. Il y a des risques de désaccords entre les PS au sein de la MSP, ce qui pourrait perturber le parcours de soins.

Le fait de travailler en maison de santé contraint également les PS à respecter le projet de santé, les protocoles et également à rendre des résultats chaque année à l'ARS et à la CPAM.

Concernant la rémunération, le paiement à l'acte n'est pas toujours adapté.

Il faut également prendre en compte le fait que certaines maisons de santé n'ont pas forcément une situation géographique idéale pour tous les professionnels.

VIII. Conclusion

La MSP représente une certaine vision de l'avenir de l'offre de soins. Elle apporte une réponse à la désertification médicale avec une offre de proximité. Par ailleurs, la coopération des professionnels de santé que j'ai pu observer dans des MSP est de plus en plus encouragée et recherchée au sein de différentes pratiques. Les maisons de santé deviennent ainsi une intéressante solution permettant de proposer une prise en charge de qualité au patient. Elle permet de répondre au mieux aux besoins en mettant en place des actions de santé publique, de prévention, d'éducation à la santé ou encore des actions sociales.

La maison de santé pluriprofessionnelle peut être également un réel avantage pour le professionnel de santé qui recherche les spécificités du travail en équipe et en collaboration. Coordination des soins, communication autour du patient, mutualisation des moyens et travail autour d'un projet commun permettent de créer une synergie, laquelle se ressent clairement lors des enquêtes de terrain au sein des MSP que j'ai visitées. Les professionnels de santé unissent donc leurs forces et leurs compétences pour améliorer la qualité du soin.

La MSP est aussi bénéfique pour les futurs professionnels de santé, en proposant un lieu idéal de formation, particulièrement lorsque la MSP acquiert la qualification universitaire, alliant alors soins, enseignement et recherche.

Malgré tout, mes recherches ont également mis en lumière le travail considérable que demande l'ouverture d'une maison de santé. C'est une entreprise réalisable mais nécessitant une démarche et une approche qui sera longue et complexe dans plusieurs aspects.

Il convient d'abord de réunir des professionnels de santé motivés à réaliser un projet de santé commun et faire preuve d'écoute, de partage et de concertation afin de créer ensemble une vision et des objectifs à plus ou moins long terme. La question du financement et de l'immobilier ajoute également une problématique considérable au montage de ce projet.

La MSP nécessite donc de l'organisation, de la motivation, et une bonne entente. Ce type de structure m'a semblé intéresser d'avantage les jeunes professionnels.

Que ce soit en maison de santé ou en d'autres contextes, les professionnels de santé vont être amenés à travailler davantage ensemble, ils seront de moins en moins isolés dans leurs cabinets respectifs. Il est donc intéressant de se demander à quoi ressemblera l'offre de soin dans quelques années, avec la progression du travail en coordination et de la démarche qualité.

IX. Bibliographie

1. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/
2. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/
3. Article L1411-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928423/
4. Article L1434-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289614/
5. La Loi de financement de la sécurité sociale [Internet]. Ministère Solidarité. Santé 2021 [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale>
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
7. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2011.
8. Article L4041-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024460240/
9. Cahier des charges MSP 290518.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/system/files/2020-01/Cahier%20des%20charges%20MSP%20290518.pdf>
10. Télémedecine [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673715/fr/telemedecine
11. Loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales. - Légifrance [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000718101/>
12. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

13. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Internet]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
14. Les actions du Gouvernement - Résultats [Internet]. Gouvernement.fr Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/resultats>
15. Je cherche une maison de santé / un centre de santé près de chez moi [Internet]. Gouvernement.fr Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/je-cherche-une-maison-de-sante-un-centre-de-sante>
16. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère Solidarité Santé 2021; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
17. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Trib Sante [Internet] 2013 [cité 2021 oct 16];n° 39(2):77-85. Disponible sur: <https://www.cairn.info/journal-les-tribunes-de-la-sante1-2013-2-page-77.htm>
18. Chevillard G. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? :8.
19. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016
20. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
21. Maladies – Accidents – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277745?sommaire=4318291&q=affections+longues+dur%C3%A9e>
22. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>
23. Gaillard C, Ferkal N. Prévalence au 31décembre 2018 Et Incidence en 2018. :37.
24. G C, J M. Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes. Quest Déconomie Santé Irdes [Internet] 2020;(247). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes.html>

25. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. 2020;
26. Quillon C. Le transfert : enjeux et modalités pratiques pour les officinaux. 2019;95. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096675>
27. Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
28. Schéma régional de Santé HDF 2018-2023 (DYNAMIQUE)-BAT.pdf [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf>
29. Malestroit. Visitez votre future maison de santé [Internet]. Infos Pays Gallo 2015 [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: <https://www.lesinfosdupaysgallo.com/2015/02/11/malestroit-visitez-votre-future-maison-de-sante/>
30. Le fonds d'intervention régional [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>
31. Structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
32. La santé pour tous [Internet]. Eur. Sengage En Fr. Portail Fonds Eur. 2018; Disponible sur: <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/la-sante-pour-tous>
33. Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
34. Comment élaborer un protocole de soins pluriprofessionnels ? [Internet]. Fédération des Structures d'Exercice Coordonné En Hauts-de-France. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/protocoles/>
35. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. Haute Aut. Santé Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel

36. Votre projet d'informatisation [Internet]. Disponible sur:
<https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante/votre-projet-d-informatisation>
37. La circulation des informations médicales dans les centres et les maisons de santé [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Partage_infos_pro_sante_4_pages.pdf
38. Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf
39. Juven P-A. Une santé qui compte ? [Internet]. Presses Universitaires de France; 2016 [cité 2021 oct 16]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/une-sante-qui-compte--9782130628361.htm>
40. Les rémunérations pour l'exercice coordonné [Internet]. Fédération Struct. Exerc. Coordonné En Hauts--Fr. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/nmr/>
41. ACI relatif aux structures de santé pluri-professionnelles [Internet]. [cité 2021 oct 20]; Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf
42. Annexe – Circuit de traitement des demandes de contractualisation. :2. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400399/document/annexe_8_circuit_examen_demande_de_contrat.pdf
43. Guide_MSP_ARS_HNormandie.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.urps-sf-idf.fr/wp-content/uploads/2015/10/Guide_MSP_ARS_HNormandie.pdf

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : ROGER Céline

INE : 0907066645F

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 26/10/21 à 18h05 Amphithéâtre ou salle : Amphi Curie

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat



J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant :



Avis du directeur de thèse

Nom : MITOUMBA.....

Prénom : FABRICE.....

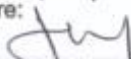
Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 28/09/21

Signature:



Avis du président du jury

Nom : DECAUDIN.....

Prénom : Bertrand.....

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 28/9/21

Signature:



Décision du Doyen

Favorable
 Défavorable Le ... 28/9/2021

Le Doyen

B. DÉCAUDIN

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

NA/2020

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : ROGER

Prénom : Céline

Titre de la thèse : Les maisons de santé

Mots-clés : Maisons de santé, Prise en charge pluri-professionnel, Coordination de soins primaires, Offre de soin de proximité, Projet de santé en commun

Résumé :

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ont été introduites par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007, remplacée en 2009 par la loi Hôpital Patients Santé Territoires, puis par la loi Foucade de 2011 afin de restructurer l'offre de soins dans les territoires.

Elles ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours, le développement des coopérations, la coordination entre les professionnels de santé, la qualité des soins délivrés aux patients dans la prise en charge des maladies chroniques et évolutives, mais aussi de promouvoir la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé, de répondre à la désertification médicale, tout en s'adaptant aux besoins des populations locales en termes de santé.

Ainsi, on constate ces dernières années un fort développement de ce nouveau mode d'exercice pour plusieurs raisons : économique, démographie médicale et l'amélioration de la qualité de la prise en charge du parcours de soins des patients. En 2017, 1.000 MSP étaient en fonctionnement en France, aujourd'hui il en existe 1889.

Actuellement, l'universitarisation de ces maisons de santé permet de faire le lien Ville-Hôpital, de développer la recherche interdisciplinaire en soins premiers et sont des véritables lieux de soins, de formation et de recherche clinique en ville.

Le travail de cette thèse a consisté à recueillir des données sur le terrain avec la rencontre de trois équipes pluriprofessionnelles ainsi que des données sur différents sites internet et revues littéraires. Je pense que les MSP représentent une certaine vision de l'avenir de l'offre de soin.

Membres du jury :

Président : Mr DECAUDIN Bertrand, Doyen de la faculté de Pharmacie de Lille, Professeur des universités

Directeur, conseiller de thèse : Mr MITOUMBA Fabrice, Docteur en Pharmacie et Maître de Conférences

Assesseur(s) : Mr MORGENROTH Thomas, Maître de conférences Droit & Économie pharmaceutique
Mme SATTLER Carole, Docteur en Pharmacie