



RECOMMANDATIONS :

CONCEVOIR ET FAIRE VIVRE

UNE MAISON DE SANTÉ

SÉMINAIRE NATIONAL
MAISONS DE SANTÉ
BESANÇON



SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
- Participants	3
- Méthodologie	3
- Intérêt et limites	4
ORGANISMES	5
- Promoteurs	5
- Partenaires ou associés	5
- Soutiens financiers	5
PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS	6
- Coordination éditoriale et rédactionnelle	6
- Atelier n°1 : Monter un projet	6
- Atelier n°2 : Mettre en œuvre un projet	6
- Atelier n°3 : Organiser et gérer une maison de santé	7
- Atelier n°4 : Développer des pratiques innovantes	7
RECOMMANDATIONS	8
Monter un projet	9
- Le diagnostic de terrain	9
- Le projet de santé	11
- Le projet immobilier et les équipements	13
- Le guichet unique	13
Mettre en œuvre un projet	14
- Le contrat	14
- Le financement	15
- Les nouveaux modes de rémunération	16
Organiser et gérer une Maison de santé	17
- Le management	17
- Le support administratif : gestion du personnel et matériel	17
- La mutualisation entre les Maisons de santé	18
- Le partage d'information et l'outil informatique	19
- La formation	20
Développer des pratiques innovantes	21
- La coopération entre professionnels de santé	21
- Les relations avec les patients	22
- Le développement de nouvelles activités	23

INTRODUCTION

Ce document a été réalisé à la suite du séminaire national sur les Maisons de santé qui s'est déroulé à Besançon le 14 juin 2008.

Contexte et objectif

Pour la première fois en 2008, la loi a donné une définition des Maisons de santé :

« *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* »¹

L'objectif du séminaire était de produire des recommandations qui puissent servir de repères afin d'aider les futurs concepteurs de projets de Maisons de santé dans leur démarche, autour de quatre grandes thématiques :

1. Monter un projet de Maison de santé
2. Mettre en œuvre un projet de Maison de santé
3. Organiser et gérer une Maison de santé
4. Développer des pratiques innovantes

Participants

Il a réuni environ 80 personnes impliquées depuis de nombreuses années dans la mise en œuvre de nouvelles formes d'organisations de l'offre de santé de premier recours : professionnels de santé, personnels de l'Etat, de l'Assurance maladie (obligatoire ou complémentaire) et des Collectivités territoriales, élus, animateurs d'associations du champ sanitaire et social, chercheurs, universitaires, représentants des usagers et des patients. Ils venaient, pour la très grande majorité, de France mais aussi de Belgique et du Québec.

Méthodologie

Elle s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Dans un premier temps, le comité d'organisation a *défini les quatre grandes thématiques et les principaux objectifs des ateliers du séminaire*. Ensuite, ces orientations ont été soumises aux animateurs et rapporteurs pressentis. Des réunions téléphonées ont permis de préciser définitivement le programme de chacun des ateliers ainsi que la bibliographie minimum requise. Le comité d'organisation a ensuite constitué les différents groupes « d'experts » en fonction de leurs compétences, afin de les répartir au mieux dans chacun des ateliers.
- *Ces sessions de travail* se sont déroulées le 14 juin au matin. Une première synthèse des recommandations a été effectuée entre 12h et 14h. Elle a été restituée à l'ensemble des participants du séminaire dans l'après-midi, avec un débat.
- *L'ensemble de ce « matériel »* a été repris par les animateurs et rapporteurs de chaque atelier dans la semaine qui a suivi. Les quatre textes, issus de ce travail, ont été ensuite transmis à chacun des membres des quatre groupes pour réactions, commentaires et propositions. Ces échanges se sont déroulés sur une période de quinze jours, début juillet 2008.
- Toute cette production a été reprise par *deux coordonnateurs rédactionnels* afin d'intégrer ces propositions, d'harmoniser les textes et d'aboutir à une présentation cohérente (deuxième quinzaine du mois de juillet 2008). Il est à noter, que dans ce document, des textes produits par un atelier peuvent se retrouver dans un chapitre différent.
- Enfin, ce texte est maintenant soumis à l'ensemble des participants du séminaire pour réactions, commentaires et ajouts.

¹ Article L6323-3. Créé par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 44.

Intérêt et limites

Au total, cette production, sous la forme de recommandations, est le résultat d'un travail collectif. Elle ne présente pas la position individuelle de chaque participant ni l'expression des institutions organisatrices ou partenaires. Elle est une contribution qui se veut « éclairée », à un moment donné, sur des structures émergentes. Son objectif n'est pas de modéliser des pratiques mais de donner quelques repères à partir de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Les interventions qui se sont déroulées lors du colloque qui a précédé le séminaire ainsi que le texte complet des recommandations sont disponibles sur les sites de la Femasac (www.femasac.org) et de l'Urcam (www.urcam.org).

Les organisateurs

ORGANISMES

Promoteurs

Union régionale des caisses d'Assurance maladie de Franche-Comté (Urcam).
Fédération des maisons de santé comtoise (Femasac).
Mutualité sociale agricole de Franche-Comté (MSA).
Région de Franche-Comté.

Partenaires ou associés

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative (DHOS).
Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).
Conférence des directeurs des Unions régionales des caisses d'Assurance maladie.
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).
Haute Autorité de santé (HAS).
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).
Conférence nationale de santé.
Collège national des généralistes enseignants (CNGE).
Mutualité Française.
Société française de santé publique (SFSP).
Assemblée des régions de France.
Mairie de Besançon.

Soutiens financiers

Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs).
Région Franche-Comté.
Mutualité sociale agricole de Franche-Comté.

PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS

Coordination éditoriale et rédactionnelle :

François Baudier (directeur, Urcam Franche-Comté)

Marie-Caroline Clément (interne en santé publique, Urcam et MSA Franche-Comté)

ATELIER N° 1 MONTER UN PROJET

Rédaction

Claude Magnin (médecin généraliste, Besançon)

Jeannette Gros (présidente de la Conférence régionale de santé de Franche-Comté)

Jean Wolfarth (médecin généraliste remplaçant, Baume les Dames)

Avec la participation dans l'atelier de *Michel Autès (vice-président « Prévention et santé », Région Nord-Pas-de-Calais)*, *Jacques Battistoni (secrétaire général adjoint, URML de Basse-Normandie)*, *Martial Beuret (médecin généraliste, Montenois)*, *Pierre Bobey (médecin généraliste, Roppe)*, *Yann Bourgeuil (directeur de recherche, Irdes)*, *Lilian Brosse (chargé de mission, Urcam Rhône-Alpes)*, *Laurent Chambaud (médecin inspecteur, Igas)*, *Valérie Desquenue (chargée de mission, Urcam Basse-Normandie)*, *Pascal Durand (responsable Santé Publique et Offre de Soins, Urcam Bourgogne)*, *Gaëlle Enfrein (chargée de mission, Région Basse-Normandie)*, *Marie-Claude Fillatre (responsable Offre de Soins, Fédération MSA Sud Aquitaine)*, *Jean-Michel Guyon (médecin généraliste, Mouthé)*, *Claude Humbert (directeur, Urcam Bretagne)*, *Matthieu Marrec (Interne en médecine générale, Lorient)*, *Laurence Poinsot (médecin généraliste, St Loup sur Semouse)*, *Dominique Polton (directrice de la stratégie, des études et des statistiques, Cnamts)*, *Emmanuel Ricard (délégué général, SFSP)*, *Patrick Vuattoux (médecin généraliste, Besançon)*

ATELIER N° 2 METTRE EN ŒUVRE UN PROJET

Rédaction

Pierre De Ves vrotte (médecin généraliste, Besançon)

Eric Howald (chargé de mission, Région Franche-Comté)

Danièle Sekri (chargée de mission, Urcam Franche-Comté)

Avec la participation dans l'atelier de *Matthieu Amodéo (chargé de mission, Urcam Aquitaine)*, *Martial Botebole (médecin généraliste, Beurre)*, *Thomas Bourez (médecin généraliste, Val de Reuil)*, *David Chevillot (médecin généraliste, La Réole)*, *Arnaud De La Seiglière (médecin, CCMSA)*, *Bertrand Deyris (chargé de mission, MSA Basse-Normandie)*, *Pierre Drielsma (médecin généraliste, Belgique)*, *Christophe Feltz (vice-président, Conseil Régional de Strasbourg)*, *Laurent Flament (adjoint au directeur, Urcam Poitou-Charentes)*, *Emmanuel Gallot (président, ISNAR)*, *Anne Moulin (médecin généraliste, Belfort)*, *Francis Pellet (médecin généraliste, Les Vans)*, *Christophe Rohrbach (médecin généraliste, Toulon sur Arroux)*, *Nicolas Thual (médecin généraliste, Ramey)*.

ATELIER N° 3
ORGANISER ET GERER UNE MAISON DE SANTE

Rédaction

Jean-Jacques Laplante (Directeur de la Santé, MSA de Franche-Comté)

Agnès Hochart (Chargée de mission, ARH de Franche-Comté)

Cécile Travers (Responsable du réseau PAPPÀ à la MSA Franche-Comté)

Avec la participation dans l'atelier de *Dominique Acker (conseillère générale des établissements de santé, Ministère), Arnauld Blessemaille (médecin généraliste, Baume les Dames), Philippe Chazerand (médecin généraliste, Pagny), Marie-Pierre Colin (médecin généraliste, Belfort), Marie-Cécile Dédiane (médecin généraliste, Cessieu), Pierre De Haas (médecin généraliste, Pont d'Ain), Jean-Louis Deutscher (médecin, CHU Nancy), Jean-Luc Dubois (kinésithérapeute, Epinal), Marc Giusti (médecin généraliste, Montenois), Claudie Locquet (chef de projet, HAS), Joël Petite (médecin généraliste, Bart), Stéphane Pouchkarevtch-Dragoche (directeur adjoint, MSA Franche-Comté), Jean-François Rancourt (médecin généraliste, Québec), Claire Robert (médecin généraliste, Brin sur Seille).*

ATELIER N° 4
DEVELOPPER DES PRATIQUES INNOVANTES

Rédaction

Rémy Bataillon (directeur, URML Bretagne)

Michel Serin (président, FNMSP)

Hélène Thomas (interne de médecine générale)

Avec la participation dans l'atelier de *Allan Charissou (médecin généraliste remplaçant, Lorraine), Patrick Choquert (kinésithérapeute, Vicherey), Christian De Gaye (médecin généraliste, hôpital local Hauléon), Luc Duquesnel (secrétaire général, UNOF), Laurent El Ghozi (adjoint à la santé, ville de Nanterre), Philippe Favier (médecin généraliste, Vigneulles les Hatton), Francine Foresti (présidente de l'association FC-Alzheimer, Franche-Comté), Bertrand Garros (président, Inpes), Bernard Gay (médecin généraliste enseignant, Bordeaux), Bernard Huynh (médecin généraliste, Paris), Marie-Anne Landry (infirmière, Baume les Dames), Gilles Leboube (médecin conseil, DRSM Bourgogne et Franche-Comté), Alex Maire (médecin généraliste, Paris), Jean-Michel Mazue (médecin généraliste, Bletterans), Marc Raucoules-Aimé (médecin urgentiste, Nice), Jean-Michel Savarit (médecin conseil, MSA Languedoc)*

RECOMMENDATIONS

MONTER UN PROJET

Pré requis de départ :

- **Ne pas plaquer la solution** (la Maison de santé) avant d'avoir posé le problème à résoudre.
- **Éviter que le moyen ne précède l'objectif** : ainsi la conclusion peut aboutir à ne pas retenir la Maison de santé comme solution.

En aucun cas, le travail sur un projet de Maison de santé ne pourrait résulter d'une commande publique qui échapperait à l'initiative des professionnels de santé. Réciproquement, un projet de Maison de santé doit essayer de s'articuler avec les objectifs portés par les acteurs publics, en particulier en termes d'aménagement du territoire et d'équité de l'offre de santé. Dans cette perspective, l'existence d'un guichet unique pour le développement de nouvelles offres de santé de premier recours est importante (*il sera abordé à la fin de ce chapitre*).

I - LE DIAGNOSTIC DE TERRAIN

Le diagnostic à lui seul n'amène pas la solution mais il en est le préalable indispensable et doit être conçu comme un processus d'apprentissage collectif : *la solution apparaîtra souvent au moment de la construction du projet*.

1. Etablir un état des lieux.

Il ne se réduit pas à une étude cartographique des besoins : il intègre l'analyse des enjeux, la dimension humaine et le vécu des professionnels (état des relations), la contribution des populations et des différents acteurs...

2. Prendre en considération deux portes d'entrée possible :

- *l'une fondée sur une volonté transformatrice de l'offre existante*, portée par des professionnels de santé, et partant d'un constat d'une réponse insuffisante de l'organisation des soins ambulatoires libéraux,
- *l'autre avec une approche démographique* : c'est la question des zones rurales en voie de désertification et de raréfaction ou de fragilisation de l'offre de soins de premier recours.

3. Tenir compte de l'existant dans l'établissement de l'état des lieux .

C'est-à-dire les professionnels de santé en activité mais aussi l'hôpital local et toute autre offre dans le champ sanitaire et social (ne pas oublier les associations)

4. Choisir un territoire sur lequel s'applique le projet.

Son périmètre est parfois complexe à déterminer (« millefeuille territorial » : commune, communauté de commune, canton, pays, bassin de vie, territoire de santé...).

A l'origine, dans un bassin de population, c'est souvent un ou des professionnels de santé qui font émerger le problème du déficit, multiforme, dans la réponse aux besoins de soins, (facteurs à prendre en compte : âge des acteurs, charge de travail, permanence des soins, éloignement des structures hospitalières, performance de l'hôpital local, vieillissement de la population...).

De façon pragmatique :

- *en ville*, le territoire retenu peut-être le quartier,
- *en milieu rural ou semi rural*, ce peut être le canton, le pays, le bassin de vie ou l'aire populationnelle correspondant à la patientèle des professionnels de santé.

5. Prendre acte que tout projet a besoin d'un pilote/leader.

Le médecin généraliste est le professionnel le mieux positionné pour assurer cette fonction. Toutefois, elle doit très vite évoluer. En effet, le défaut majeur de ce mode de pilotage (centré sur une personne) est le risque de démotivation et d'essoufflement du pilote, si le projet ne correspond pas à ses attentes personnelles ou s'il ne progresse pas au rythme imaginé.

C'est pourquoi, il est recommandé de se diriger :

- soit vers un **co-pilotage associant un professionnel de santé et un référent institutionnel** (ce dernier devant tenir compte, dans les territoires excentrés, des contraintes professionnelles imposées au pilote médecin : dans ce cas l'institutionnel devrait aller vers le professionnel et non l'inverse),
- soit, dans une **approche plus « systématique »**, vers une **association**, type loi 1901, dans sa forme la plus finalisée pour engager des opérations nécessitant un financement (régionale ou plus décentralisée) regroupant, par exemple, l'équipe des professionnels de santé concernés et les acteurs locaux impliqués (élus, associations, acteurs du champ social ou éducatif...). *Une des vertus de l'approche associative est de pouvoir faciliter l'éligibilité aux financements.*

La question se pose de la place des représentants départementaux ou régionaux des professionnels institutionnels (URML, Conseil de l'Ordre, les corps de professionnels impliqués), de l'Etat, de l'Assurance maladie, des Conseils Généraux, de l'Université... qui peuvent avoir une place dans un éventuel *comité de pilotage élargi*.

6. Définir un accompagnement.

Il doit être prévu dès la phase diagnostique. Cet accompagnement constitue ce que l'on peut appeler **un tiers extérieur**. Son rôle et son atout sont de se situer en dehors des antagonismes professionnels potentiels. Sa fonction est de faire évoluer ceux-ci et d'introduire de la rationalité dans l'initiative. Par sa position extérieure aux enjeux des acteurs du projet, il peut aider à formuler et à lever les points de désaccords entre professionnels.

Les objectifs de cet accompagnement spécifique sont d'aider :

- à la constitution d'une équipe qui porte le projet sur la base de la pratique du « team building » : mettre ensemble, apprendre la conduite d'équipe, fournir des outils pour le dénouement des crises,
- à la définition et à l'écriture du projet de santé et du projet professionnel, sans pour autant se substituer aux professionnels de santé.

La méthodologie de cet accompagnement peut prendre diverses formes. Les exemples suivants ne sont pas exhaustifs :

- un audit-conseil avec choix d'une entreprise de conseil, après appel d'offre,
- une approche sous la forme de séminaires, sur deux journées, de professionnels, travaillant sur le mode « brainstorming » pour réunir les professionnels autour d'un projet,
- une approche par projet qui prend appui sur une thématique (par exemple le maintien à domicile) pour faire émerger une coopération entre professionnels, à la manière de la construction d'un réseau.

7. Distinguer de manière claire le pilotage de l'accompagnement.

8. Introduire de la temporalité dans le mûrissement du projet ce qui implique de se soustraire à l'urgence.

II - LE PROJET DE SANTE

Deux souhaits adressés aux pouvoirs publics :

- **Disposer d'un cadre national définissant les missions des professionnels de premier recours et les services minima qui doivent être garantis à la population.** Certaines avancées possibles se heurtent aujourd'hui à des modes de financements difficiles à mettre en place dans l'organisation actuelle de l'offre de santé : rémunération à la capitation, au forfait, sur objectifs médicalisés...
- **Créer le ou les statuts juridiques** facilitant le montage et la gestion d'une Maison de santé, en complément à l'incitation au travail pluridisciplinaire.

S'il n'existe pas de mode d'emploi prédéterminé, le projet de Maison de santé doit s'inscrire dans **la pluridisciplinarité** comme un élément consubstantiel. Le label de pluridisciplinarité est garanti à partir de trois disciplines professionnelles.

1. Distinguer impérativement deux niveaux d'élaboration.

a. Le projet de santé : il s'applique à la population.

Ses objectifs doivent être hiérarchisés.

Il permet prioritairement de :

- Répondre à la continuité des soins et aux demandes non programmées dans les heures d'ouverture.
La permanence des soins n'a pas été retenue comme relevant d'une obligation de la Maison de santé : elle n'est pas « réservée » à la Maison de santé. Celle-ci inscrira sa participation à la permanence des soins dans le cadre de la coopération avec les autres professionnels de santé du secteur. Il faut distinguer maison de santé pluridisciplinaire et maison médicale pour la permanence des soins.
- Assurer l'accessibilité et l'accès aux soins pour tous.
- Assurer la prise en charge et le suivi des maladies chroniques.
- Mettre en place des actions de prévention, comme la systématisation du dépistage de certaines pathologies. Ces actions doivent :
 - . d'une part, répondre à une logique de santé nationale (obésité, asthme, diabète, iatrogénicité... avec des réponses adaptées : éducation thérapeutique, maintien à domicile...),
 - . d'autre part, se développer dans une logique d'initiative locale (par exemple par la mise en place de pratiques innovantes).
- Introduire une démarche réflexive s'inscrivant dans une dynamique d'évaluation des pratiques et de travail en équipe.
- Développer une démarche en termes d'action collective par groupe de patients ou population (ne pas limiter les interventions aux seules démarches individuelles centrées sur le patient dans le colloque singulier).

La démonstration de *la plus value du projet de santé* peut être un facteur d'adhésion des auxiliaires médicaux, notamment des infirmières, dont l'intérêt d'un exercice professionnel regroupé et pluridisciplinaire peut ne pas apparaître d'emblée.

b. Le projet professionnel : il répond aux besoins définis dans le projet de santé.

Il précise **l'organisation professionnelle pluridisciplinaire** pour atteindre les objectifs du projet de santé. La qualité du processus d'élaboration détermine fortement la qualité du travail coopératif. Il implique la mise en place **d'un dossier médical partagé** avec l'ensemble des professionnels. Le projet professionnel veillera à établir un partenariat avec **les pharmaciens** eux aussi impliqués dans les soins de premier recours. Il essaye de s'articuler avec **l'hôpital** (local ou régional) : cette coordination devant fonctionner dans les deux sens. Il assurera un lien avec **le secteur social et médico-social**, ce qui permettra l'implication des collectivités locales et territoriales.

2. Faire prévaloir la plus value en termes de qualité de prise en charge mais aussi de qualité d'exercice et de vie des professionnels

La question de la détermination d'indicateurs de qualité définie à partir du projet de santé est posée sans être tranchée.

3. Inciter les pouvoirs publics à lever les freins qui existent à l'exercice pluridisciplinaire en :

- adaptant la nomenclature des actes des différents professionnels,
- faisant évoluer les codes déontologiques professionnels existants.

4. Définir un projet de Maison de santé doit se concevoir dans un processus progressif de montée en charge des objectifs et des activités

Pour les modes de rémunération :

- **un court terme** : dans le cadre existant de l'exercice libéral,
- **un moyen terme** : en intégrant les modifications à venir comme par exemple les nouveaux modes de rémunération.

Pour le champ des activités

Il existe une hiérarchisation naturelle entre les objectifs, des plus faciles à organiser vers ceux qui nécessitent recherche et innovation. Ces missions « à valeur ajoutée » pour la population appellent des financements spécifiques et nouveaux :

- **Le projet de santé** s'adresse à la population et donc à ses représentants (élus locaux, institutionnels, usagers). Il peut faire l'objet de contrats donnant lieu à des rémunérations spécifiques.
- **Le projet professionnel** apporte aux professionnels de meilleures conditions de travail, il optimise leur temps de travail et leur permet d'être déchargés des tâches les moins indispensables. Il organise la réponse aux missions que les professionnels souhaitent se donner.

Rien n'interdit d'imaginer - c'est le cas pour plusieurs Maisons de santé en activité - un projet de santé à minima, limité à l'optimisation de l'existant (soins non programmés et maladies chroniques), s'étoffant secondairement selon les souhaits des professionnels. Cette approche pragmatique permet de rassurer les candidats à la réalisation d'un projet.

Projet de santé (à l'intention d'une population)	se réalise sous forme d'un	Projet professionnel (destiné aux professionnels)
Continuité des soins (réponse organisée aux demandes de soins non programmés) : « l'aigu »		Organisation du travail Dossier informatique partagé Harmonisation des pratiques
Prise en charge des maladies chroniques		Optimisation des pratiques Coopérations interdisciplinaires Education thérapeutique
Formation Prévention Epidémiologie et veille sanitaire		Accueil de stagiaires Développement de la FMC Dépistages et actions de prévention secondaire Recueil de données cliniques et épidémiologiques

III - LE PROJET IMMOBILIER ET LES EQUIPEMENTS

1. Prendre en compte la problématique patrimoniale complexe et la régler dès la phase diagnostique.

2. Imaginer un système juridique adapté.

Il doit permettre aux professionnels disposant d'un patrimoine clientèle de pouvoir l'intégrer sous forme de part dans la Maison de santé. En tout état de cause, le « problème » patrimonial doit être traité lors de l'état des lieux.

3. S'assurer de la compétence d'un professionnel dans le montage d'un projet de financement, en particulier dans sa composante immobilière.

4. Penser, en milieu rural, lorsque cela est possible, à l'adossement de la Maison de santé à l'hôpital local.

L'intérêt de ce dispositif repose sur le fait qu'il permet de régler le problème de l'investissement dans les murs. Ce dernier peut rebuter les professionnels les plus âgés. Il facilite également l'accueil de professionnels à temps partiels.

IV - LE GUICHET UNIQUE

1. Mettre en place un guichet unique regroupant différents acteurs clés.

Ils sont à géométrie variable suivant les réalités régionales : Mission régionale de santé (Urcam/ARH), Caisses d'Assurance maladie (en particulier la Mutualité sociale agricole pour les zones rurales), Drass, Fédération régionale des maisons de santé (quand elle existe), URML, Ordres, Syndicats...
A terme, il est **indispensable** qu'un guichet unique existe dans chaque région.

2. Donner à ce guichet des missions à la fois stratégiques en terme d'organisation régionale de l'offre de santé mais aussi très concrètes et pragmatiques.

Pour ce faire, il doit :

- être un lieu de veille territoriale afin de disposer d'une vision globale des initiatives sur l'ensemble de la région,
- accompagner les projets : mise en œuvre de compétences variées pour intervenir aussi bien aux phases de réflexion initiale, au niveau des études de faisabilité que durant tout l'accompagnement du processus.

3. Faire connaître ce guichet unique auprès de tous les acteurs concernés

METTRE EN ŒUVRE UN PROJET

Trois axes de travail sont à privilégier :

- Le contrat.
- Le financement.
- Les nouveaux modes de rémunération.

I - LES CONTRATS

La mise en œuvre de « contrats » doit s'établir de façon conjointe, avec tous les professionnels désirant s'associer et travailler ensemble dans une Maison de santé.

1. Définir une charte interprofessionnelle, un contrat d'exercice commun et un règlement intérieur.

La Charte interprofessionnelle développe la philosophie de soins qui anime l'équipe.

Le contrat d'exercice en commun (CEC) précise certains points tels que la conception de l'exercice en groupe, la répartition des honoraires, le rachat de la clientèle, le décès d'un membre, la période d'essais, les congés, les remplacements, les réunions de staff, l'entraide, les assurances, l'obligation de participer aux charges, l'accueil de stagiaires, la formation continue, la gestion des conflits, les conditions de réinstallation...

Par ailleurs, il doit :

- être monté petit à petit par les professionnels et adapté à leurs souhaits,
- s'appuyer sur des conseils juridiques,
- recevoir le visa du Conseil de l'Ordre,
- faire l'objet d'une relecture régulière pour une meilleure appropriation.

Le règlement intérieur gère la vie quotidienne au sein de la Maison de santé.

2. Choisir des statuts juridiques en se posant les bonnes questions et s'entourant des conseils d'experts dans ce domaine.

En termes de méthodologie, leur rédaction doit tenir compte des travaux préalables et répondre aux questions suivantes :

- qui sommes nous ?
- comment travaillons nous ensemble ?
- plus tard, comment évoluer vers un autre statut ?

Par ailleurs, il est indispensable d'accompagner la réflexion des associés par des compétences juridiques.

Parmi les statuts possibles :

- la société civile de moyens (**SCM**) pour mettre en œuvre des moyens communs,
- la société d'exercice libéral (**SEL**) qui autorise le rachat de clientèles entre associés,
- la société civile immobilière (**SCI**) en tant que support immobilier,
- le Groupement de coopération sanitaire (GCS) qui peut concerner des Pôles santé adossés à des Hôpitaux locaux,
- la société civile professionnelle (**SCP**) qui autorise le partage des honoraires en fonction de critères prédéterminés.

A noter : *le statut associatif permet, au démarrage du projet, de mobiliser des subventions publiques même si par la suite ce type de statut présente des limites au regard du mode de fonctionnement des Maisons de santé : fiscalité, capitaux propres, comptes d'associés...*

II - LE FINANCEMENT

1. En amont de la Maison de santé, prévoir de financer l'accompagnement préalable du projet : expertise, ingénierie...

2. Il est important de faire un budget prévisionnel (par exemple sur 5 ans) qui différencie de façon claire tout ce qui relève, d'une part, de l'investissement, et d'autre part, du fonctionnement.

3. Distinguer deux types de Maison de santé selon le mode de financement Il peut-être :

- **principalement publique** (Conseil Régional, Conseil Général, Assurance maladie, Communauté de Communes, Communes, Europe...),
- **principalement privé.**

4. Bien mesurer les avantages et les inconvénients de l'origine des fonds : publics, privés, mixtes (poids respectifs).

Les financements publics :

- doivent avant tout intervenir en cas de carence de l'initiative privée (cas des zones rurales et urbaines sensibles),
- sont liés à des notions d'attractivité du territoire et de faisabilité économique.

Les caractéristiques des Maisons de santé à financements essentiellement publics :

- proposent des loyers abordables pour les professionnels de santé mais avec des contreparties par rapport aux financeurs (*ce qui peut néanmoins engendrer des questions par rapport à l'indépendance souhaitée des professionnels libéraux vis-à-vis des pouvoirs publics*),
- peuvent attirer de jeunes professionnels mais avec le risque que ceux-ci aillent exercer sur un autre territoire au bout de quelques années (peur d'investir).
- permettent, en particulier pour des jeunes professionnels qui ne souhaitent pas tous investir dans l'outil de travail, d'avoir une plus grande mobilité : peur d'être piégé, activité du conjoint, études des enfants...

Pour mémoire le Fiqcs peut prendre en charge certains équipements permettant la pratique collective : serveurs, salle de réunion...

Les caractéristiques des Maisons de santé à dominante privée :

- liberté d'être « chez soi »,
- capitalisation des associés,
- investissement et fiscalité,
- garantie de la pérennité de la présence des professionnels de santé.

5. Envisager des montages financiers permettant aux professionnels de santé de devenir propriétaires à moyen terme de leur outil de travail.

Cela pourrait se faire par exemple au moyen d'une clause prévoyant de restituer les parts de SCI aux professionnels de santé.

6. Prévoir le financement de la fonction de management.

Elle est particulièrement importante pour mener à bien le projet médical. Sa mise en œuvre, chronophage en temps, ne peut se faire au détriment de l'activité plus classique de soins.

III - LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION

1. Faire évoluer les rémunérations actuelles des professionnels de santé vers trois formes de paiement possibles

Elles pourraient combiner des paiements :

- à l'**acte** pour des actes techniques ou aigus,
- à la **capitation** selon des critères sociaux et les pathologies (*cette forme de rémunération pourrait permettre de réduire les inégalités d'accès à la santé*),
- **au forfait** avec un système qualité basé sur des critères mesurables simples : organisation des structures et prise en charge des patients au regard de leurs besoins, actions de santé publique, d'éducation thérapeutique, d'objectifs de soins (critères qualitatifs évaluables).

Le salariat et le paiement à la vacation peuvent être aussi envisagés.

2. En priorité, mettre en place des forfaits pour les réunions de synthèse, de pair, de coordination, de staff, de gestion des Maisons de santé.

3. Faire des Maisons de santé un terrain expérimental pour ces nouveaux modes de rémunération mais à des conditions acceptables, garantissant une enveloppe de revenus constante, tenant compte de l'évolution des prix (loyers, salaires, énergies, eau...)

ORGANISER ET GERER UNE MAISON DE SANTE

Cette démarche repose essentiellement sur :

- le management,
- le support administratif : gestion du personnel et matériel,
- la mutualisation entre Maisons de santé,
- le partage d'information et l'informatique,
- la formation.

I - LE MANAGEMENT

1. Le prévoir dès la conception de la Maison de santé.

Il doit être abordé dès le début et adapté à la structure. Il est indissociable du projet de santé. L'absence de management est un risque majeur pour la Maison de santé.

2. Former au management les professionnels de santé doit permettre de garder le cap sur le sens du travail en commun de l'équipe de la Maison de santé : conduite de réunion, gestion des conflits...

Il faut donc donner accès à une *formation initiale de management* aux professionnels de la Maison de santé qui désirent effectuer cette tâche

3. Prévoir un contrat d'exercice en commun.

Il permet de formaliser par écrit l'organisation de la Maison de santé et les missions de chacun. Dans cette perspective, il faut veiller à l'implication de tous à titre individuel ou en commission, en fonction des compétences et des envies.

4. Définir les modalités de prise de décision au sein de la Maison de santé.

Pour ce faire, il faut distinguer :

- le management stratégique (le projet de santé) qui doit être suivi par les professionnels de santé,
- le management opérationnel (gestion de la structure) qui pourra être délégué ou soutenu par une structure externe.

5. Développer le parrainage des projets entre eux, en particulier sur la dimension management.

II - LE SUPPORT ADMINISTRATIF : GESTION DU PERSONNEL ET DU MATERIEL

Les Maisons de santé offrent la possibilité de mutualiser des ressources humaines et techniques pour décharger les professionnels du travail « administratif » et assurer l'animation du projet professionnel ainsi que la gestion de la Maison de santé. Plus qu'un « simple » secrétariat, il s'agit d'un support administratif qui repose sur différentes compétences (assistantes, informaticiens...). Certaines d'entre elles peuvent d'ailleurs être partagées avec d'autres Maisons de santé.

1. Prendre en compte « le support administratif » dans quatre grands domaines prioritaires et identifier explicitement les différentes tâches.

Les quatre champs concernés sont :

- **La gestion du système d'information** : alimenter le dossier médical, acheter le matériel (équipement informatique, logiciels, ...) et gérer sa mise à jour, gérer les bases de données et procéder à des analyses statistiques, contrôler la qualité des données, gérer les droits d'accès, organiser la sauvegarde des données/archivage...

- **La gestion administrative / comptable** : gérer les courriers entrants / sortants, la comptabilité, les achats – stocks – location – investissements, les locaux, le petit matériel (dates de péremption/déchets, maintenance...), les salaires / déclaration Urssaf...

- **La gestion de la patientèle sur le plan médico-administratif** : préparer la consultation, terminer la consultation, répondre aux questions du patient, encaisser les paiements, renseigner le dossier, préparer les courriers, prendre rendez-vous avec le spécialiste ou les autres professionnels de santé, organiser les consultations pour optimiser les trajets, aider les patients dans leurs démarches administratives (aides médico-sociales, relations Assurance maladie...), informer les patients de leurs droits...

- **La gestion de l'animation/coordination des acteurs** : préparer les réunions internes/staffs, gérer les contacts avec les partenaires professionnels ou institutionnels, préparer le(s) projet(s) professionnel(s) et les demandes de financement afférentes et aider à le(s) mettre en œuvre...

2. Déléguer toutes les tâches administratives pour les soignants

Le but est de réduire les temps de gestion et accroître celui consacré aux soins, à la prévention, à l'éducation thérapeutique et à la vie du groupe des professionnels. Dans cette perspective, **un profil de poste du type « assistant de direction »** est à envisager. Cette délégation de tâche doit être réfléchie et évaluée régulièrement pour être réadaptée dans un environnement mouvant. Un binôme assistant de direction et coordonnateur médical est donc indispensable pour alimenter le projet de santé et la vie de la Maison de santé.

3. Donner la possibilité réglementaire de partage de secrétariat entre les différents métiers réunis sous le même toit (médecins, kinésithérapeutes...) mais aussi entre les professionnels de santé eux-mêmes.

4. Organiser de façon professionnelle le management et la gestion administrative afin de lui donner toute son efficience.

Pour ce faire, il faut :

- rédiger un ou plusieurs fiches de postes en s'appuyant sur une ressource extérieure,
- identifier les postes qui peuvent être mutualisés par plusieurs Maisons de santé,
- faire appel à une association d'employeurs pour embaucher le personnel, notamment lorsqu'il est partagé avec d'autres Maisons de santé,
- ne pas sous-dimensionner ce ou ces postes en termes de compétences,
- prévoir, dès la conception architecturale de la Maison de santé, de la place pour accueillir une équipe administrative élargie,
- prévoir un plan de formation spécifique pour chaque membre et associer ces professionnels aux différentes réunions organisées au sein de la Maison de santé.

5. Définir et négocier un « forfait structure ».

Il doit être adapté au nombre de patients inscrits auprès des médecins traitants de la Maison de santé et à l'ensemble de population couverte sur le territoire concerné (en particulier, les 0-15 ans). Il permettra au regard d'une amélioration de la qualité de service évaluée, de faire face aux surcoûts générés par ce mode d'exercice.

Par ailleurs, il est nécessaire d'intégrer les frais de gestion aux demandes de financement concernant, par exemple, une action de santé publique portée par la Maison de santé.

III - LA MUTUALISATION ENTRE MAISONS DE SANTE

1. Se poser la question de ce qui peut être délégué ou mutualisé à l'extérieur de la Maison de santé : ressources humaines, conseil juridique, comptabilité...

Cela peut concerner aussi les formations et les échanges de pratiques entre les professionnels des Maisons de santé. Cette approche permet de structurer l'offre de santé et de sécuriser ou rassurer les professionnels. Ceci favorise l'amélioration de la qualité de service.

2. Envisager dans chaque région un réseau des Maisons de santé.

Il peut prendre la forme d'une Fédération des Maisons de santé (régionale par exemple). Il permet d'embaucher du personnel en commun, de rompre l'isolement, de favoriser la réflexion sur les objectifs des Maisons et de réduire les coûts.

La réalisation d'un film sur une Maison de santé mis en ligne peut constituer un outil de référence : partager les connaissances, économie de temps de visites...

IV - LE PARTAGE D'INFORMATION ET L'OUTIL INFORMATIQUE

Il concerne autant la vie de la Maison de santé que la prise en charge de patients. Il doit exister entre professionnels d'une même Maison de santé mais aussi avec les « professionnels ressources » extérieurs.

1. Disposer d'un réseau à haut débit afin de favoriser les échanges et les accès aux banques de données, très rapidement.

2. Mettre en place un outil de gestion informatisé partagé : protocoles, commandes, documents-types, bulletins de salaires, congés...

Dans cette perspective, il faut s'assurer que chaque professionnel est informatisé.

La mise en place et la maintenance d'un tel dispositif sont facilitées par la possibilité de mutualiser des ressources sous la forme, par exemple, d'une prestation d'informaticien.

Il sera aussi nécessaire de disposer d'un support technique pour développer puis assurer le fonctionnement du système d'information. *Pour cela, il est important de rédiger un cahier des charges du support informatique attendu.*

On pourra proposer la Maison de santé comme lieu de stage pour des étudiants en Technologies de l'information et de la communication (TIC).

3. Choisir le même logiciel médical pour constituer le dossier patient partagé (ou personnel).

En effet, le partage de données est un élément majeur de coordination des soins. Il s'appuie, au sein de la Maison de santé, sur un dossier patient partagé. L'existence d'un dossier médical accessible à tous les professionnels offre aussi des perspectives structurantes en termes de continuité des soins. En effet, un médecin peut ainsi, en cas d'absence de son confrère, prendre connaissance d'un dossier médical.

Il doit correspondre aux référentiels labellisés par la Haute autorité de santé.

4. Permettre à tous les professionnels d'accéder à l'intégralité du dossier médical du patient dont ils ont la charge (sauf conditions spécifiques à définir).

Pour ce faire, il est nécessaire de :

- préciser, dans le règlement intérieur de la Maison de santé, les conditions d'accès aux données contenues dans les dossiers médicaux et les modalités d'utilisation de ces dossiers (respect du secret professionnel, accès exclusif aux dossiers des patients pris en charge...),
- s'assurer du respect des dispositions réglementaires en vigueur (CNIL...),
- informer les patients du dispositif mis en œuvre (affiches, plaquettes de présentation de la Maison de santé...) et s'assurer qu'ils puissent refuser que leur dossier médical soit accessible à tous les professionnels de santé de la Maison de santé,
- en cas de refus, prévoir un moyen de limiter l'accès du dossier médical.

Dans la perspective de ces propositions, il sera nécessaire de modifier la réglementation pour permettre le partage des données entre professionnels de métiers différents.

5. Rendre compatible les systèmes d'information entre les professionnels.

Cela concerne ceux de la Maison de santé mais aussi les professionnels de l'hôpital, les correspondants spécialistes, la plate forme santé régionale informatique si elle existe (dans le cadre d'une messagerie sécurisée). Il faut prévoir son interface avec le Dossier médical partagé (ou personnel). A moyen terme, il pourrait aussi être envisagé d'accéder au dossier médical des correspondants, notamment au sein des établissements, via une connexion sécurisée de type Terminal Serveur Edition (TSE).

6. Développer un Intranet suivant un certains nombres de critères et avec des modalités de gestion précises

Pour ce faire, il faudra :

- choisir un logiciel médical qui comprend un Intranet,
- prévoir un tableau dans la salle de réunion ou la pièce de vie de la Maison de santé pour y indiquer des informations utiles, notamment sur la vie de la Maison de santé,
- centraliser les boîtes à lettres de chaque professionnel au niveau, par exemple, de l'accueil de la Maison de santé,
- identifier explicitement le professionnel responsable d'organiser cet échange d'informations.

V - LA FORMATION

La formation devient une évidence et une nécessité pour travailler ensemble suivant des références communes. Ces pratiques coopératives sont facilitées par la formation initiale des professionnels en même temps qu'elles offrent une opportunité de formation pour les étudiants et un moyen de rendre plus attractive la perspective d'installation.

1. Pérenniser et favoriser la formation professionnelle continue, dont la formation pluridisciplinaire indemnifiable.

La formation continue sous forme pluriprofessionnelle est une démarche clé, rarement prévue dans les dispositifs habituels de formation.

Elle peut prendre les formes suivantes : réunions de concertation pluriprofessionnelles au sein de la Maison de santé mais aussi d'un réseau de Maison de santé.

2. Organiser une évaluation permanente des pratiques professionnelles (EPP) intégrées à l'exercice des médecins et paramédicaux.

Elle doit être adaptée à la dimension et aux objectifs de la Maison de santé, selon le document disponible sur le site Haute autorité de santé (HAS).

Une veille concernant la stabilisation du système de validation de Formation médicale continue-Evaluation des pratiques professionnelles (FMC-EPP) sera à effectuer.

3. Engager les Maisons de santé en activité dans un processus de certification.

Pour ce faire, un cahier des charges des Maisons de santé devra être rédigé.

4. Envisager la formation d'un ou plusieurs professionnels à la gestion d'équipe.

5. Prévoir un processus d'intégration des nouveaux professionnels de santé au sein de la Maison de santé.

6. Développer la formation continue infirmier.

Elle peut se faire à deux niveaux :

- soit en soins techniques afin de pouvoir prendre en charge certains patients pour une dialyse péritonéale, une prise en charge de patients porteurs de chambres implantables, les soins d'urgence,
- soit à la prévention et à l'éducation thérapeutique.

Les infirmières pourraient ainsi faire reconnaître leur expérience dans le but d'obtenir une validation, afin :

- d'intégrer un master 2,
- d'aller directement vers des compléments de formations en lien avec la délégation des tâches.

Ces formations seraient consensuelles et obligatoires, ouvrant sur une forme de labellisation par établissement.

7. Favoriser l'accueil des professionnels de santé en formation (médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières...).

Pour ce faire, il faut :

- donner aux Maisons de santé *la qualité de pôles de stage* en formation initiale. A ce titre, il est nécessaire de :

- postuler pour être un lieu de stages concernant les différentes professions,
- rencontrer très tôt les responsables des formations concernées afin d'inscrire la formation dans le projet professionnel de la Maison de santé,
- conclure une convention entre la Maison de santé et la faculté / l'école de formation concernée.

- élaborer une maquette de formation qui inclut, pour chaque étudiant, des temps auprès des autres professionnels de santé afin de favoriser les échanges interdisciplinaires dès la formation initiale.

Des formations de formateurs sont nécessaires pour assurer cette mission d'accueil.

8. Penser aux opportunités offertes par la téléformation, notamment dans les zones rurales isolées.

DEVELOPPER DES PRATIQUES INNOVANTES

Les Maisons de santé cherchent à améliorer le service rendu aux patients à travers de nouvelles organisations pluriprofessionnelles et, de ce fait, s'appuient sur de nombreuses innovations concernant notamment :

- la coopération entre les professionnels de santé,
- les relations avec les patients,
- le développement de nouvelles activités.

Cette dernière partie a un caractère transversal. En effet, elle sous-tend un certain nombre de recommandations faites dans les parties précédentes.

I - LA COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Elle est un des supports *du projet professionnel*.

Elle suppose de connaître le cadre d'exercice de chaque professionnel, de respecter des principes « de base » comme la reconnaissance des compétences de chacun et de disposer d'un savoir-faire pour gérer une équipe pluriprofessionnelle.

1. Organiser des temps de concertation réguliers.

Dans cette perspective, il est indispensable de distinguer les temps de concertation relatifs à :

- la prise en charge des patients,
- la gestion de la Maison de santé.

2. Développer des protocoles de prise en charge partagés pour les principales situations cliniques rencontrées au sein de la Maison de santé.

Elle débouche et se nourrit de protocoles qui précisent, pour les principales situations cliniques rencontrées au sein de la Maison de santé, qui fait quoi comment. Elle s'appuie sur une analyse commune de patients pris en charge et sur les données de la science.

3. Mettre en place des temps de concertation différents suivant les objectifs recherchés.

Ils peuvent correspondre à :

- *Des échanges au sujet d'un patient, entre les professionnels qui en ont la charge, pour s'informer, coordonner leurs actions, gérer un problème...* Ces échanges sont brefs, organisés en fonction des besoins, à l'initiative d'un des professionnels et ont lieu dans la Maison de santé ou au chevet du patient.
- *Des réunions regroupant l'ensemble des professionnels dans la perspective d'une analyse de leurs pratiques.* Elles sont programmées à l'avance, organisées au sein de la Maison de santé. Elles concernent le plus souvent les situations complexes et peuvent déboucher, soit sur une proposition de décision, soit sur un protocole de prise en charge partagé.
- *Des réunions regroupant l'ensemble des professionnels dans la perspective de déterminer un protocole de prise en charge partagée.*

4. Prévoir une organisation matérielle précise afin de faciliter ces échanges et donner une place importante à ces échanges, au cœur du fonctionnement de la Maison de santé.

Pour ce faire, il faut :

- *prévoir une salle de réunions et le matériel adéquat (tableaux, une machine à café...),*
- *déterminer, pour plusieurs mois, le planning des réunions et préciser, pour chacune d'entre elle, l'objet/l'ordre du jour,*
- *définir la méthode de travail qui structure ces réunions,*
- *identifier un animateur, un secrétaire de séance (rédaction du compte-rendu) et, le cas échéant, un modérateur (revue de la littérature),*
- *rédiger un compte-rendu et faire signer une feuille de présence,*
- *rendre facilement accessible les protocoles élaborés (affichage dans les bureaux, classeur disponible dans chaque bureau...).*

Inscrire dans la charte de la Maison de santé les principes qui guident le déroulement de ces réunions : reconnaissance mutuelles des compétences, respect des points de vue, absence de hiérarchie professionnelle...

5. Inscrire l'organisation de ces temps de concertation dans le règlement intérieur et/ou dans la charte de la Maison de santé.

Dans cette perspective, il est important d'afficher ces documents dans chaque bureau/pièce de vie, voir en rappeler certains principes avant chaque réunion.

6. Prévoir des temps d'échanges / de formation sur les dispositifs réglementaires et la nomenclature qui régissent chaque profession.

7. Organiser, au sein de la Maison de santé, des « mini-stages », d'une demi-journée par exemple, au cours desquels un professionnel assiste au travail d'un autre professionnel.

8. Identifier les différents domaines qui régissent la vie de la Maison de santé et en regard de chacun d'eux, identifier un responsable qui peut, si nécessaire, s'appuyer sur une commission.

En effet, concernant la gestion de la Maison de santé, l'importance des tâches nécessite souvent de répartir de travail.

II - LES RELATIONS AVEC LES PATIENTS ET LES USAGERS

1. Se rapprocher des associations de patients / d'usagers du système de soins pour élaborer le projet professionnel de la Maison de santé.

Le projet professionnel des Maisons de santé est centré sur la réponse aux besoins des patients, besoins que des associations de patients et/ou les élus locaux peuvent contribuer à expliciter.

2. Etudier les différentes possibilités de communiquer, notamment par Internet, en direction des personnes résidant dans le territoire d'intervention de la Maison de santé.

Une Maison de santé offre l'opportunité de développer d'autres formes de communication avec les patients. Un site Internet peut contenir des informations utiles aux patients pour comprendre le fonctionnement de la Maison de santé, s'orienter dans le système de soins (répertoires, conseils...) et mieux se prendre en charge (plaquette d'information sur une maladie...). Il peut aussi proposer des services innovants comme un agenda des consultations ou un carnet de vaccination accessibles en ligne.

Dans cette perspective, il est nécessaire de :

- évaluer l'opportunité de créer un site Internet pour les patients,*
- distinguer plusieurs niveaux d'accès à ce site : usagers du système de soins, patients ayant un médecin traitant parmi les médecins de la Maison de santé, professionnels de santé...,*
- prendre connaissance des recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la participation des médecins à un site Internet,*
- ouvrir le site Internet à tous les professionnels de santé qui exercent sur le territoire, notamment si un répertoire est constitué,*
- se rapprocher des associations de patients / d'usagers du système de soins pour identifier les informations utiles à mettre en ligne,*
- mettre à la disposition des patients la liste des associations de patients / d'usagers du système de soins auxquelles ils peuvent se référer,*
- ne pas négliger les modes plus habituels de communication avec les patients, notamment par la mise à disposition d'informations écrites dans les salles d'attentes et à l'accueil (répertoires, plaquettes d'information...) mais aussi de vidéo.*

III - LE DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES ACTIVITES

Par la taille de sa file active, une Maison de santé offre l'opportunité de développer de nouvelles activités.

1. S'appuyer sur les compétences les plus adaptées au sein des Maisons de santé ou dans un cadre organisationnel spécifique.

Trois axes sont à prioriser :

- **Un intérêt accru des médecins traitants pour un domaine clinique spécifique** (pédiatrie, gynécologie, gériatrie...). Cette orientation peut les amener à être le relais privilégié d'un réseau de santé au sein de la Maison de santé, à répondre aux questions de leurs confrères, voir à réaliser des actes techniques ou des consultations pour certains de leurs patients.

- **Des vacations de médecins spécialistes** dès lors que l'accessibilité à ces spécialistes fait partie du projet professionnel de la Maison de santé :

- contacter les principaux plateaux techniques pour définir comment optimiser l'organisation des consultations et des examens complémentaires et ainsi, ne pas multiplier les déplacements (lorsque les conditions d'accès à ces plateaux techniques posent problèmes),
- intégrer les médecins spécialistes et d'autres professionnels de santé à l'élaboration du projet professionnel de la Maison de santé, même lorsqu'il n'est pas prévu qu'ils exercent dans la Maison de santé,
- demander l'autorisation du Conseil de l'Ordre pour les vacations de spécialistes.

- **Des vacations d'autres professionnels de santé libéraux** (ergothérapeutes, sages-femmes, psychologues...) dont l'activité concoure au projet professionnel de la Maison de santé.

2. Favoriser des activités qui permettent de développer des coopérations inter professionnelles innovantes.

Quatre axes sont à prioriser :

- **Des protocoles de prise en charge** de certains symptômes qui prévoient que le premier recours soit assuré par un paramédical.

- **L'implication d'une ou plusieurs infirmières dans la mise en œuvre du volet prévention du projet professionnel de la Maison de santé** (en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé). Cette infirmière peut assurer :

- une activité d'éducation thérapeutique : diagnostic éducatif, entretien motivationnel, séances collectives d'éducation thérapeutique...,
- l'animation de programmes de prévention.

- **Le suivi de patients présentant des pathologies chroniques stabilisées**

- **La participation des secrétaires-assistantes aux consultations des médecins.**

- en amont,
 - en remplissant avec les patients, notamment les nouveaux patients, un questionnaire précisant leur histoire, leur situation familiale et professionnelle, leurs antécédents, le motif de la consultation...,
 - en recueillant certains paramètres cliniques (taille, poids...),
 - en éditant des prescriptions d'examens complémentaires en fonction de rappels contenus dans le dossier médical,
 - ...
- en aval,
 - en remettant des fiches d'information aux patients et en répondant à leurs questions,
 - en les aidants à organiser les rendez-vous chez les spécialistes et/ou les autres professionnels de santé,
 - en préparant les courriers pour les spécialistes,
 - en facilitant des démarches administratives (arrêt de travail ...).
 - ...

3. Renforcer les activités de prévention à dimension clinique ou populationnelle.

Quatre axes sont à prioriser :

- **des consultations de prévention** qui associent l'action de la secrétaire, de l'infirmière et du médecin traitant,
- **des séances d'éducation thérapeutique,**
- **des actions de soutien des patients atteints de maladies chroniques et/ou des aidants :** coaching, groupes de parole...,
- **des programmes de promotion de la santé** mis en œuvre au sein de la Maison de santé ou en dehors, dans les écoles, les entreprises...

4. Développer la complémentarité entre le sanitaire et le social au sein même des Maisons de santé.

Prendre contact avec l'Assurance maladie et les différents services sociaux ou médico-sociaux pour organiser, au sein de la Maison de santé, des points d'accueil, d'information et d'accompagnement des patients. En effet, l'ouverture des Maisons de santé aux intervenants médico-sociaux est une manière de favoriser une offre plus adaptée et plus complète mais aussi d'éviter les cloisonnements sanitaire/social. Dans cette perspective, des vacations d'assistantes sociales ou de services médico-sociaux sont à envisager.

5. Prévoir une organisation qui permet de développer plus facilement ces activités innovantes

Trois axes sont à prioriser :

- Anticiper, dans **le projet architectural** de la Maison de santé, le développement de ces nouvelles activités, soit en disposant d'emblée de locaux dédiés, soit en adoptant un projet modulaire qui permettra, dans un deuxième temps, de les aménager.
- Si la Maison de santé se trouve dans une zone isolée, faciliter l'accès à l'offre de soins spécialisés par **la télé-médecine et l'organisation des transports**. Contacter les collectivités locales pour envisager le transport des patients vers leur médecin traitant (lorsque les conditions d'accès à la Maison de santé posent problèmes).
- Exploiter les possibilités de **partager du matériel** pour développer de nouvelles activités : achat groupé d'un autoclave...

6. Associer, autant que possible, les acteurs de santé du territoire à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet professionnel (voir tableau synthétique ci-après).

**Pour des relations renouvelées
avec les partenaires extérieurs à la Maison de santé**

La mise en œuvre d'une Maison de santé et l'élaboration de son projet professionnel est l'occasion de définir de nouvelles relations avec les acteurs de santé du territoire. Il s'agit notamment :

- **Des plateaux techniques de second recours** afin, par exemple, d'optimiser l'organisation des consultations et des examens complémentaires et ainsi limiter les déplacements.
- **Des correspondants spécialistes** Ils peuvent être sollicités pour participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet professionnel : vacations au sein de la Maison de santé, protocoles de prise en charge partagés, formation... Par ailleurs, il peut leur être demandé d'adresser systématiquement aux médecins traitants un double de tous les examens réalisés.
- **Des associations de patients** Elles peuvent être sollicitées pour participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet professionnel, notamment en apportant leur analyse des besoins des patients ou en leur proposant un accompagnement / soutien.
- **Des élus locaux**. Ils peuvent sollicités pour assurer la maîtrise d'ouvrage du projet immobilier, pour faciliter l'acquisition d'un terrain ou l'aménagement de son accès, pour participer à l'élaboration du projet professionnel en apportant leur analyse des besoins de la population. Ils peuvent aussi intervenir en participant au développement de nouveaux services et en facilitant le transport des patients vers leur médecin traitant.
- **Des services sociaux, des services médico-sociaux ou des services des caisses locales d'Assurance maladie** pour développer au sein de la Maison de santé une activité d'information et d'accompagnement.
- **Des acteurs du maintien à domicile** (services à la personne). Ils peuvent être sollicités pour participer au développement de nouveaux services en réponse aux besoins des patients ou pour participer à une coordination des prises en charge complexes.