|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du site :** | ……………………………………………………………………………………Adresse : Mail : SIRET : |
| **Coordonnées du référent :**  | NOM Prénom : Profession : Adresse : Mail : Tel :  |

 TRAME PROJET DE SANTE

MAISON DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLE (MSP) DE XXXX

**Version établie en mars 2023**

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

Afin d’accompagner les professionnels de santé dans l’élaboration de ce projet, l’Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne propose une trame de projet de santé. Ce projet doit obligatoirement être signé par l’ensemble des professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre. L’article L. 6323-3 du code de la santé publique précise en effet que « ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

**Le projet de santé est élaboré par l’ensemble des professionnels** exerçant au sein de la structure. Cette modalité d’élaboration commune est d’autant plus recommandée qu’elle constitue un **élément fortement fédérateur entre les professionnels et la feuille de route de l’équipe pour la mise en place des actions de coordination.**

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

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

En effet, compte tenu de l’Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri professionnelles, le projet de santé, dans son élaboration, permet de faciliter leur intégration dans ce dispositif. A ce titre, les professionnels de santé doivent s’approprier les pré-requis attendus de l’ACI autour de 4 axes prévus : « l’accès aux soins », « le travail en équipe », « le système d’information » et « réponses aux crises sanitaires graves ». Vous trouverez les informations relatives à l’ACI MSP sous : <https://www.ameli.fr/llle-et-vilaine/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national-structure-sante/aci-pour-les-structures-de-sante>

**Une rencontre avec le référent Assurance-maladie est par ailleurs conseillée pour une présentation simplifiée de cet accord.**

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

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

**Une boite à outils sera mise à disposition des équipes afin de les accompagner dans la mise en œuvre de leur projet de santé (modèle de charte de fonctionnement, statut type SISA, modèle de protocole de coordination, fiche de poste type du coordinateur…).**

Sommaire

[1. Diagnostic territorial (4 à 5 pages max) 5](#_Toc131669244)

[1.1. Le territoire de projet 5](#_Toc131669245)

[1.2. La population 6](#_Toc131669246)

[1.3. L’offre de soins 6](#_Toc131669247)

[1.4. Les difficultés rencontrées par les professionnels 6](#_Toc131669248)

[La présente trame de projet de santé identifie par des pictogrammes : 7](#_Toc131669249)

[- Les axes socles et prérequis de l’ACI 7](#_Toc131669250)

[- Les axes optionnels 7](#_Toc131669251)

[1. Organisation de l’accès aux soins 7](#_Toc131669252)

[1.1. Continuité des soins, soins non programmés et permanence des soins 7](#_Toc131669253)

[1.2. Diversité de l’offre de soins 8](#_Toc131669254)

[2. Le travail en équipe pluri-professionnelle 9](#_Toc131669255)

[2.1. Des missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales 9](#_Toc131669256)

[2.2. La formalisation de protocoles de coordination pluri-professionnels\* 10](#_Toc131669257)

[2.3. L’organisation de réunions de concertation pluri-professionnelles\* 10](#_Toc131669258)

[2.4. La rédaction d’un plan de préparation en cas de situation de crise sanitaire et d’en organiser la réponse\* 11](#_Toc131669259)

[2.5. Organisations innovantes : délégation de tâches, IPA, assistants médicaux, protocoles de coopération, … 12](#_Toc131669260)

[3. le partage d’informations entre professionnels 13](#_Toc131669261)

[3.1. Entre les professionnels impliqués dans la démarche 13](#_Toc131669262)

[3.2. En direction de professionnels extérieurs à la maison de santé 14](#_Toc131669263)

[4. Organisation et fonctionnement de la msp 15](#_Toc131669264)

[4.1. Pilotage et fonctionnement 15](#_Toc131669265)

[4.2. La fonction de coordination\* 15](#_Toc131669266)

[4.3. Existence ou projet de création d’un projet immobilier 15](#_Toc131669267)

[5. Signature du projet de sante 16](#_Toc131669268)

1. Diagnostic territorial (4 à 5 pages max)

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

En complément et s’il s’avère nécessaire, l’ARS Bretagne peut être sollicitée pour fournir des éléments chiffrés complémentaires aux professionnels de santé. Les professionnels de santé peuvent se rapprocher des correspondants ARS sur les projets de maisons de santé de leur territoire pour formaliser cette demande : <https://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-4?parent=8743>

## Le territoire de projet

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

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

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

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

Pour réaliser ce diagnostic, différentes sources peuvent être mobilisées

* **Sur les données de l’offre de soins** : [CartoSanté (atlasante.fr)](https://cartosante.atlasante.fr/#c=home)
* **Sur les données relatives spécifiques aux pathologies, épisode de soins ou traitements chroniques par territoire (cartographie interactive Data Pathologies)** :  [https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/](https://urldefense.com/v3/__https%3A/data.ameli.fr/pages/data-pathologies/__;!!FiWPmuqhD5aF3oDTQnc!nIe34OajCGhiyNXNjlXNRLswdrfi_QF42HgSgHXEed-wjm9sOxxeeG5OasE1EpTp5hMSDDnofGstw-vvdCQWMANZ-hZM7mg-sWM4hMUtF6Y$)
* **Sur la population** : [Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques (observatoire-des-territoires.gouv.fr)](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#view=map36&c=indicator)
* **Sur les données de santé** : [REZONE CPTS (ameli.fr)](https://rezonecpts.ameli.fr/)

## La population

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

* Démographie (Nombre d’habitants du territoire et évolution sur ces dernières années, Structure par âge de la population, …)
* Etat de santé (Espérance de vie, Taux de mortalité, Taux de morbidité et principales pathologies, …)

## L’offre de soins

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

* sur le champ ambulatoire (médecine générale et de spécialité, paramédicaux et autres professions de santé libérales, salariés/centres de santé…)
* sur le champ hospitalier (hôpitaux de proximité, HAD, …)
* sur le champ médico-social & social (EHPAD, SSIAD, CLIC, ADMR, …)
* en structures d’exercice coordonné (ESP, MSP, CDS, CPTS)
* en structures d’appui et de coordination
* en actions de prévention ou de dépistage existantes

Une prise en compte du diagnostic du CLS lorsque celui-ci existe est attendue

## Les difficultés rencontrées par les professionnels

Ce diagnostic doit permettre d’élaborer un diagnostic qualititatif :

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

Il est préconisé d’envisager l’implication des usagers dans les axes du projet de santé

## C:\Users\ronan.derieux\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\FF710652.tmpLa présente trame de projet de santé identifie par des pictogrammes :

* ****Les axes socles et prérequis de l’ACI

## Les axes optionnels

1. ****Organisation de l’accès aux soins

## Continuité des soins, soins non programmés et permanence des soins

|  |
| --- |
| Thématique de l’action : Accès aux soins (toutes professions) |
|  | Jours et horaires de consultation | Modalités de prise de rdv et accueil des patients | Organisation des soins non programmés, participation au dispositif SAS | Visites à domicile |
| Médecine générale |  |  |  |  |
| Infirmiers |  |  |  |  |
| Masseurs-kinésithérapeutes |  |  |  |  |
| Orthophonistes |  |  |  |  |
| Pharmaciens |  |  |  |  |
| *(Rajouter des lignes par profession)* |  |  |  |  |
| **Thématique de l’action : Accès aux soins** **(médecins)** |
| Prise en charge du patient en cas d’absence de son médecin traitant | Précisez les modalités de prise en charge du patient par l’ensemble des médecins du site, en cas d’absence de son médecin habituel : l’organisation des remplacements (ce qui existe ou ce qui serait souhaité), présence minimale d’une offre de soins sur le territoire. Idem pour les autres professions de santé. |
| Permanence des soins : *Engagement non ACI**Elle correspond à la réponse apportée aux besoins de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux. Elle est organisée :** *toutes les nuits de 20h à 8h du matin ;*
* *les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.*
* *En fonction des besoins de la population, ces horaires peuvent être modulés et notamment être étendus aux samedis à partir de 12h ainsi qu'aux lundis, vendredis et samedis dits "de ponts".*

*La PDSA concerne les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.* | Comment la structure communique-t-elle auprès de ses patients sur le fonctionnement de la permanence des soins : Existe-t-il un affichage des horaires de permanence des soins (affichage salle d’attente, site Internet, presse locale, répondeur téléphonique) ?Pendant les heures de permanence des soins :Nombre de médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de la structure participant à la permanence des soins ?Est-ce que les gardes de votre secteur s’effectuent au sein d’une Maison Médicale de Garde ? Si oui, sur quelles périodes de la permanence des soins (nuit, week-ends, jours fériés) ? |

1. Le travail en équipe pluri-professionnelle

Ce chapitre s’attachera à présenter les thématiques, les pathologies et/ou les publics sur lesquelles la MSP souhaite mettre en place un exercice pluri-professionnel en cohérence avec le diagnostic des besoins et les appétences des professionnels.

Pour chacune des thématiques retenus, des référents devront être identifiés.

|  |  |
| --- | --- |
| Thématiques | Professionnel Référent |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Chaque action par thématique devra être présentée à partir du modèle de fiche action ci-dessous.**

## C:\Users\ronan.derieux\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\70E0A4A4.tmp

## Diversité de l’offre de soins

|  |
| --- |
| **Diversité des professionnels qui participent au projet de santé\*** |
| **Nom-Prénom** | **Profession** | **Lieu d’exercice** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Diversité de l’offre de soins médicaux spécialisés et para médicaux au sein de la maison de santé** |
| Consultations de 2nd recours | Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes ?Dans ce cas, quels sont les professionnels de santé qui interviennent au sein de la maison de santé ?Temps de présence hebdomadaire ou équivalent temps plein ? |
| Accueil d’étudiants | Quels sont les professionnels de santé identifiés comme maîtres de stage ?Nombre de stagiaires accueillis/an pour chaque profession ? Existe-t-il des dispositifs mis en place en vue de répondre aux demandes d’hébergement des étudiants et des stagiaires (mise à disposition d’un studio, indemnité de déplacements…) ?Des professionnels de santé font-ils également de l’enseignement au sein de facultés ou instituts de formation ?Des professionnels de santé participent-ils à d’éventuelles activités/programmes de recherche en lien avec l’université ou les écoles ? |
| Formations souscrites par les PS | Quels sont les professionnels de santé ayant participé à des formations continues ? A quelles formations continues ont-participé ces professionnels de santé ? Y a-t-il des professionnels de santé formés à l’ETP ? |

****

## Des missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales

|  |
| --- |
| **Thématique de la mission de santé publique :** ………………………….. |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en cohérence avec le diagnostic |
| Population cible |  |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place |  |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus |  |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |

## C:\Users\ronan.derieux\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\70E0A4A4.tmpLa formalisation de protocoles de coordination pluri-professionnels

*Les protocoles pluri-professionnels*

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

*Un modèle de protocole est disponible dans la boite à outils mise à disposition des équipes.*

|  |
| --- |
| **Thématique du protocole : …………………………..** |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en cohérence avec le diagnostic |
| Population cible |  |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place |  |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus |  |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |

## C:\Users\ronan.derieux\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\70E0A4A4.tmpL’organisation de réunions de concertation pluri-professionnelles

*Concertations pluri-professionnelles*

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

|  |
| --- |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en cohérence avec le diagnostic |
| Population cible |  |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place |  |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus | *Étapes d’élaboration de concertations pluri-professionnelles* \*Sur quels sujets/thématiques ces procédures ont-elles été élaborées ?PériodicitéQuels sont les professionnels concernés ? Une description de l’action et des modalités de sa mise en œuvre. (ex : gestion de cas complexes, consultations conjointes,…)Les modalités d’évaluation de l’actionLe(s) professionnel(s) positionné(s) pour le pilotage de l’action |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |

## C:\Users\ronan.derieux\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\FF710652.tmpLa rédaction d’un plan de préparation en cas de situation de crise sanitaire et d’en organiser la réponse

A l’échelle de la structure et pour sa patientèle, la mission « crise sanitaire » correspond à l’élaboration d’un plan de réponse à une crise sanitaire grave et à sa mise en œuvre en cas de crise effective

|  |
| --- |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en cohérence avec le diagnostic |
| Population cible |  |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place |  |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus |  |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |



## Organisations innovantes : délégation de tâches, IPA, assistants médicaux, protocoles de coopération, …

Ces nouvelles formes de coopération induisent :

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

|  |
| --- |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en cohérence avec le diagnostic |
| Population cible |  |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place |  |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus |  |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |

1. le partage d’informations entre professionnels

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



## Entre les professionnels impliqués dans la démarche

|  |
| --- |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en corrélation avec le diagnostic |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place | Une messagerie sécurisée est-elle mise en place ?Un espace collaboratif est-il mis en place ? si oui, avec quels professionnels ?Existe-t-il ou est-il envisagé un outil partagé de suivi du patient (dossier médical partagé, fiche de liaison, …) qui permette de tracer ou synthétiser l’ensemble des soins apportés ? Avec qui ?Existe-t-il ou est-il envisagé un système d’information (SI) partagé ? \*Le logiciel utilisé est-il labellisé « maison de santé » par l’ASIP ? Niveau 1 \* ? Niveau 2 ? Ce système d’information permet-il de s’adapter à des fonctions évoluées telles que le suivi de mon espace santé, les protocoles de soins, la gestion des plannings, etc.?Dispositif d’informations pour répondre aux besoins de gestion de la structure (planning partagé pour l’organisation de réunions, pour gérer les congés, …) ? |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus |  |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |

## C:\Users\ronan.derieux\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\70E0A4A4.tmpEn direction de professionnels extérieurs à la maison de santé

|  |
| --- |
| Contexte/justification de l’actionDécrire les raisons expliquant ce choix en corrélation avec le diagnostic |
| Organisations et/ou fonctionnement déjà en place | Existe-t-il ou est-il prévu des échanges avec des correspondants spécialistes libéraux/ hospitaliers ? Existe-t-il des échanges avec les établissements et services médico-sociaux ?Sont-ils associés à l’élaboration et/ou à la mise en œuvre du projet de santé ?Existe-t-il ou est-il prévu un correspondant de la PMI ? (idem pour autres acteurs médico-sociaux)Existe-t-il ou est-il prévu d’organiser, au niveau du site, des points d’accueil, d’information et d’accompagnements des patients en vue de décloisonner le sanitaire et le social ?Dans cette perspective, des vacations d’assistantes sociale ou de services médico-sociaux, des acteurs du maintien à domicile sont-elles envisagées ? |
| Objectifs de l’action |  |
| Description du déroulement de l’action et effets attendus |  |
| Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires  |  |
| Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre |  |
| Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat |  |

1. Organisation et fonctionnement de la msp

Ce volet décrit l’organisation mise en place dans un objectif d’amélioration des prises en charge.

## Pilotage et fonctionnement

Décrire le fonctionnement, la gouvernance et les responsabilités de chacun

## La fonction de coordination

Décrire les missions attendues du coordinateur (fiche de poste) et les modalités pratiques de sa prise de fonction

* Personne identifiée ou recrutée ?
* Présentation de son rôle, de ses missions, de son profil
	+ Animation de la coordination interprofessionnelle
	+ Coordination des parcours et des dossiers patients
	+ Suivi de l’utilisation du système d’information et organisation du travail de productions de données de santé
	+ Relation avec les institutions (organisme d’assurance maladie, ARS…), ou collectivités
* Temps d’activité hebdomadaire ?

## Existence ou projet de création d’un projet immobilier

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

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

**Projet de santé établi le :**

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