



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015

**MAISONS ET POLES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS
INCLUANT DES PHARMACIENS : UN ETAT DES LIEUX.**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **17 décembre 2015**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

VERNUS Anne-Lise

Née le 06 mai 1980 à Clermont-Ferrand

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Directeur Général des Services	Alain HELLEU
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducarf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe**

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale

Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
----------	-------	---

Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
-----------	----------------	--

Chêne
Duclos
Phan
Rheims
Rimmele

Schluth-Bolard
Simonet
Thibault
Vasiljevic
Venet

Gautier
Antoine
Alice
Sylvain
Thomas

Caroline
Thomas
Hélène
Alexandre
Fabienne

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Dermato-vénéréologie
Neurologie
Anesthésiologie-réanimation ;
médecine d'urgence
Génétique
Biologie cellulaire
Physiologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière
Farge
Figon

Marc
Thierry
Sophie

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur LETRILLIART de m'avoir encadrée dans mon travail de thèse.

Merci au Professeur COLIN d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse, ainsi qu'aux Professeurs ERPELDINGER et VINCIGUERRA, et à Mr FLOJAC, pharmacien, d'avoir accepté d'être membres du jury.

Merci au Dr DE HAAS pour son aide précieuse.

Merci à l'ensemble des acteurs ayant contribué à l'aboutissement de ma thèse (responsables des agences régionales de santé, coordonnateurs médecins ou pharmaciens des maisons et pôles de santé).

Merci à mon conjoint de son soutien au quotidien et à ma fille d'illuminer ma vie. Je leur dédie ma thèse.

Merci à mes parents et à ma sœur de m'avoir épaulée tout au long de mon cursus universitaire.

Merci à Florence, amie médecin, qui m'a soutenue tout au long de mon cursus de médecine, particulièrement dans les moments difficiles.

Merci à Pierre-Alain pour son aide informatique.

Merci à Danielle et Gille BARDELAY, fondateurs de la revue Prescrire, de m'avoir accueillie dans l'équipe de la rédaction de la revue en 2005, d'avoir éveillé mon sens critique et m'avoir soutenue lors de ma reconversion professionnelle.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION	13
2 MATERIEL ET METHODES	14
2-1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
2-2 Identification des structures	14
2-3 Recueil des données	14
3 RESULTATS	15
3-1 L'organisation (tableau 1).....	15
3-2 Le fonctionnement (tableau 2)	19
3-3 Appréciation des acteurs (tableaux 3 et 4).....	22
4 DISCUSSION	25
4-1 Synthèse des résultats.....	25
4-2 Interprétation des résultats	25
5 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	29
6 CONCLUSION	30
7 BIBLIOGRAPHIE	32
8 ANNEXES	35
8-1 Questionnaire	35
8-2 Tableau récapitulatif des MSP et PSP incluant des pharmaciens et en activité en 2013, par région	44
8-3 Articles L 6323-3 et L6323-4 du Code de la Santé Publique.....	45
8-4 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.....	46
8-5 Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.....	49
8-6 Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.....	54

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé.

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Centre de Santé Pluriprofessionnel

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnel

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SEL : Société d'Exercice Libéral

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

1 INTRODUCTION

L'offre de soins de santé primaire est en cours de réorganisation en France depuis les années 2000. Cette réorganisation s'accompagne du développement de structures d'exercice coordonné, en particulier les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP et PSP) [1]. L'exercice collectif de la médecine générale est désormais majoritaire en France, que ce soit en cabinet de groupe, en centre de santé ou dans le cadre d'une maison ou d'un pôle de santé. Ces formes d'exercice innovantes constituent une solution pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des médecins généralistes [1,2].

L'effectif des MSP et PSP ne cesse de croître : la Direction générale de la santé (DGOS) dénombrait 616 structures (MSP et PSP confondus) en fonctionnement en mars 2015, contre 436 en mars 2014 et 291 (dont 246 avec un projet de santé) en 2013 [1,3]. Selon le Code de la santé publique, une maison de santé rassemble au minimum deux médecins et un auxiliaire médical ou un pharmacien [4], alors qu'un pôle de santé regroupe des professionnels de santé et des établissements sanitaires et/ou sociaux (maisons, centres, réseaux, établissements, services médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, etc.) [5]. Les autorités de santé dissocient rarement les maisons des pôles de santé pluriprofessionnels lors de leur dénombrement, car ces deux types de structures ont en commun d'être dotés d'une personnalité morale et d'un projet de santé [1]. Cependant, les MSP se différencient des PSP, notamment par l'unité du « bâti ».

La réorganisation des soins de santé primaire s'est aussi accompagnée d'une évolution de la profession de pharmacien d'officine, dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 [6]. De nouvelles missions ont été définies pour ces professionnels, désormais acteurs reconnus des soins de santé primaire. Leurs missions incluent théoriquement les soins de premiers recours, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'éducation thérapeutique, le suivi des patients, l'orientation dans le système de soin et le secteur médico-social, et l'éducation pour la santé [6]. La loi Fourcade de 2011, révisant la loi HPST, a créé le statut de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), qui permet aux pharmaciens d'intégrer les MSP et d'être rémunérés dans le cadre des nouveaux modes de rémunération (NMR) [7].

Les connaissances sur l'exercice coordonné en MSP et PSP et son impact en France sont limitées à quelques enquêtes transversales. Il existe en particulier des données descriptives françaises sur les seuls MSP et PSP bénéficiant des nouveaux modes de rémunération (NMR). Cependant, le nombre et la place des pharmaciens intégrés dans ces structures sont inconnus [1,8-12]. L'objectif principal de cette étude était d'identifier l'ensemble des MSP et PSP métropolitains, en activité, intégrant des pharmaciens, et de décrire leur organisation et leur fonctionnement.

2 MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive de septembre 2013 à mai 2015.

2-1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus l'ensemble des MSP et PSP métropolitains en activité au deuxième semestre 2013, intégrant un ou plusieurs pharmaciens. Les centres de santé n'ont pas été inclus. Les MSP et PSP n'intégrant pas de pharmacien, situés dans les départements et territoires d'outre-mer ou en projet ont été exclus.

2-2 Identification des structures

Nous avons contacté par téléphone puis par courrier électronique la personne responsable des soins de santé primaire dans chacune des 22 agences régionales de santé (ARS) métropolitaines en septembre 2013. Nous avons ainsi pu obtenir une liste régionale des MSP et PSP pour 19 régions sur 22. Pour les trois autres régions (Bourgogne, Bretagne, et Nord Pas de Calais), nous avons identifié ces structures à partir des sites web « Plate-forme d'appui aux professionnels de santé » (PAPS) des ARS [13-15]. Nous avons consulté parallèlement le site web de la fédération française des maisons et pôles de Santé (FFMPS) pour compléter les données issues des ARS [16].

2-3 Recueil des données

Les données concernant chaque MSP ou PSP répondant aux critères d'inclusion ont été recueillies au moyen d'un questionnaire développé sous Google Doc®, qui comportait trois parties : la description de la structure, son fonctionnement, son évaluation. Ce questionnaire a été adressé par courriel (comportant un lien hypertexte) au coordonnateur de chaque structure, après un premier contact téléphonique. Au total, jusqu'à 4 relances par courriel et 2 par téléphone ont été effectuées entre septembre 2013 et mai 2015. Dans 6 cas, le questionnaire a été renseigné par le pharmacien de la structure car le coordonnateur n'avait pas répondu.

3 RESULTATS

Parmi les 247 structures répertoriées par les ARS et les plates-formes web d'appui aux professionnels de santé (PAPS) comme structures pluriprofessionnelles en activité en 2013, avec ou sans pharmacien (176 MSP et 71 PSP), 60 correspondaient aux critères d'inclusion : 35 MSP et 25 PSP, dont un pôle intégrant une MSP (annexe 2).

3-1 L'organisation (tableau 1)

Les pharmaciens ont le plus souvent intégré les structures dès leur ouverture, pour les MSP (82,3%) comme pour les PSP (88%). Les créateurs des MSP étaient le plus souvent des médecins généralistes (85,7%), et parfois des pharmaciens (45,7%), des collectivités territoriales (40%) ou d'autres professionnels de santé (17,1%). Les principaux créateurs des PSP étaient aussi des médecins généralistes (92%), mais plus souvent en partenariat avec des pharmaciens (60%) ou d'autres professionnels de santé (52%) et moins souvent avec des collectivités territoriales (8%) que pour les MSP. Les PSP couvraient plus souvent que les MSP un bassin de plus de 10000 habitants (60% versus 8,6%). Les propriétaires des murs des MSP étaient le plus souvent la communauté de communes (51,4%), des professionnels de santé (42,9%) ou la commune (17,1%). La majorité des MSP (77,1%) et des PSP (78,3%) avait bénéficié de financements publics, le principal financeur étant l'ARS (pour 85,2% des MSP et 100% des PSP). Seuls 37,1% des MSP et 12% des PSP avaient signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec une ARS. La majorité des MSP (71,4%) et des PSP (72%) avait constitué une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

Tableau 1 : Description des MSP et PSP

	MSP	PSP	Total
Type de structure	35 (58,3%)	25 (41,7%)	60 (100,0%)
Année de mise en activité			
Avant 2011	16 (45,7%)	14 (56,0%)	30 (50,0%)
Après 2011	19 (54,3%)	11 (44,0%)	30 (50,0%)
Intégration initiale du (des) pharmacien(s)	29 (82,9%)	22 (88,0%)	51 (85,0%)
Entre 1 et 3 ans	4 (11,4%)	2 (8,0%)	6 (10,0%)
Entre 3 et 5 ans	0	1 (4,0%)	0
Plus de 5 ans	2 (5,7%)	0	2 (3,3%)
Bassin de population			
<2000	5 (14,3%)	0	5 (8,3%)
Entre 2000 et 10000	27 (77,1%)	10 (40,0%)	37 (61,7%)
>10000	3 (8,6%)	15 (60,0%)	18 (30,0%)
Créateur(s) de la structure			
Médecin(s) généraliste(s)	30 (85,7%)	23 (92,0%)	53 (88,3%)
Pharmacien(s)	16 (45,7%)	15 (60,0%)	31 (51,7%)
Collectivité territoriale	14 (40,0%)	2 (8,0%)	16 (26,7%)
Autres ¹	6 (17,1%)	13 (52,0%)	19 (31,7%)
Nb de Professionnels de santé Médiane (étendue)	17 (8-34)	36 (7-80)	21 (7-80)
Médecins généralistes	4 (2-7)	7 (2-27)	4,5(2-27)
Médecins d'une autre spécialité	0 (0-7)	0 (0-6)	0 (0-7)
Pharmaciens	2 (1-6)	5 (1-25)	2,5(1-25)
Infirmiers	4 (0-17)	9 (0-32)	5 (0-32)
Kinésithérapeutes	2 (0-8)	4 (0-11)	2 (0-11)
Sages-femmes	0 (0-2)	1 (0-4)	0 (0-4)
Psychologues	1 (0-3)	1 (0-6)	1 (0-6)
Assistantes sociales	0 (0-4)	0 (0-8)	0 (0-8)
Propriétaire(s) des murs des MSP			
Professionnel(s) de santé	15 (42,9%)		
Commune	6 (17,1%)		
Communauté de commune	18 (51,4%)		
Autre(s)	0		
Professionnels de santé locataires de la structure			

	MSP	PSP	Total
Oui	31 (88,6%)	8 (32,0%)	39 (65,0%)
Non	4 (11,4%)	17 (68,0%)	21 (35,0%)
Gratuité des loyers			
Oui	5 (16,1%)	2 (25,0%)	7 (17,9%)
Non	26 (83,9%)	6 (75,0%)	32 (82,1%)
Loyers subventionnés			
Oui	0	1 (16,7%)	1 (3,1%)
Non	26 (100,0%)	5 (83,3%)	31 (96,9%)
Locaux partagés avec une entité publique			
Oui	5 (14,3%)	4 (16,0%)	9 (15,0%)
Non	30 (85,7%)	21 (84,0%)	51 (85,0%)
Type de société pour la structure			
SCI	13 (37,1%)	3 (12,0%)	16 (26,7%)
Copropriété	6 (17,1%)	2 (8,0%)	8 (13,3%)
Autre(s) ²	8 (22,9%)	5 (20,0%)	13 (21,7%)
Aucun	12 (34,3%)	16 (64,0%)	28 (46,7%)
Type de société pour l'exercice professionnel			
SCM(s) monoprofessionnelle(s)	13 (37,1%)	9 (36,0%)	22 (36,7%)
SCM(s) pluriprofessionnelle(s)	6 (17,1%)	3 (12,0%)	9 (15,0%)
SISA	25 (71,4%)	18 (72,0%)	43 (71,7%)
SEL	1 (2,9%)	0	1 (1,7%)
SCP	3 (8,6%)	3 (12,0%)	6 (10,0%)
Autre(s) ³	8 (22,9%)	9 (36,0%)	17 (28,3%)
Aucun	3 (8,6%)	1 (4,0%)	4 (6,7%)
Financements publics			
Oui	27 (77,1%)	20 (80,0%)	47 (78,3%)
Non	8 (22,9%)	5 (20,0%)	13 (21,7%)
Sources des financements			
ARS	23 (85,2%)	20 (100,0%)	43 (91,5%)
Conseil régional	14 (51,9%)	4 (20,0%)	18 (38,3%)
Conseil général	13 (48,2%)	3 (15,0%)	16 (34,0%)
Autre(s) ⁴	8 (29,6%)	6 (30,0%)	14 (29,8%)
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens			
Oui	13 (37,1%)	3 (12,0%)	16 (26,7%)
Non	22 (62,9%)	22 (88,0%)	44 (73,3%)

	MSP	PSP	Total
Maison médicale de garde			
Oui	1 (2,9%)	4 (16,0%)	5 (8,3%)
Non	34 (97,1%)	21 (84,0%)	55 (91,7%)

¹ Infirmier(s), kinésithérapeute(s), podologue(s). ²Bail, association loi 1901. ³SELARL (Société d'exercice libéral à responsabilité limitée), association loi 1901. ⁴Communautés de communes, financements européens.

ARS : Agence régionale de santé ; SCI : Société civile immobilière ; SCM : Société civile de moyens ; SCP : Société civile professionnelle ; SEL : Société d'exercice libéral ; SISA : Société interprofessionnelles de soins ambulatoires.

3-2 Le fonctionnement (tableau 2)

Seulement 48,6% des MSP et 28% des PSP disposaient d'un secrétariat, qui était accessible à 29% des pharmaciens dans les PSP et à aucun d'entre eux dans les MSP. Un système de partage des dossiers des patients entre les acteurs existait dans 77,1% des MSP et 72% des PSP, utilisé par les pharmaciens dans 22,2% des MSP et 33,3% des PSP. Des réunions interprofessionnelles, associant les pharmaciens, étaient organisées dans toutes les structures. Des protocoles de soins transversaux avaient été élaborés dans 68,6% des MSP et 68% des PSP, les pharmaciens ayant participé à leur élaboration dans 83,3% et 88,2% des cas respectivement. Ces protocoles concernaient les pharmaciens dans 91,7% des MSP et dans 94,1% des PSP. Des procédures de télémédecine étaient utilisées dans 20% des MSP et 28% des PSP, les pharmaciens étant impliqués dans 42,9% des MSP et des PSP. La majorité des MSP (65,7%) et des PSP (80%) percevaient des nouveaux modes de rémunération (NMR), les pharmaciens en bénéficiant dans 65,2% des MSP et 85% des PSP. Des procédures d'évaluation de la qualité des soins étaient présentes dans 31,4% des MSP et 20% des PSP et des procédures d'évaluation de la satisfaction des patients dans 37,1% des MSP et 20% des PSP. Tous les PSP et 82,9% des MSP accueillaient des étudiants : 96% des PSP et 80% des MSP accueillaient un étudiant en médecine ; 36% des PSP et 20% des MSP accueillaient un étudiant en pharmacie.

Tableau 2 : Fonctionnement des MSP et PSP

	MSP	PSP	Total
Secrétariat partagé			
Oui	17 (48,6%)	7 (28,0%)	24 (40,0%)
Non	18 (51,4%)	18 (72,0%)	36 (60,0%)
Bénéficiaires			
Médecins	17 (100,0%)	6 (86,0%)	23 (96,0%)
Paramédicaux	12 (71,0%)	3 (43,0%)	15 (63,0%)
Pharmaciens	0	2 (29,0%)	2 (8,0%)
Dossiers patients partagés			
Oui	27 (77,1%)	18 (72,0%)	45 (75,0%)
Non	8 (22,9%)	7 (28,0%)	15 (25,0%)
Bénéficiaires			
Médecins seuls	15 (55,6%)	5 (27,8%)	20 (44,4%)
Médecins et pharmaciens	6 (22,2%)	6 (33,3%)	12 (26,7%)
Médecins et paramédicaux	6 (22,2%)	7 (38,9%)	13 (28,9%)
Réunions interprofessionnelles			
Oui	35 (100,0%)	25 (100,0%)	60 (100,0%)
Non	0	0	0
Participants			
Pharmaciens	35 (100,0%)	25 (100,0%)	60 (100,0%)
Paramédicaux	35 (100,0%)	25 (100,0%)	60 (100,0%)
Protocoles de soins transversaux			
Oui	24 (68,6%)	17 (68,0%)	41 (68,3%)
Non	11 (31,4%)	8 (32,0%)	19 (31,7%)
Elaboration des protocoles par les pharmaciens			
Application des protocoles par les pharmaciens	20 (83,3%)	15 (88,2%)	35 (85,4%)
Télémédecine			
Oui	7 (20,0%)	7 (20,0%)	14 (23,3%)
Non	28 (80,0%)	18 (72,0%)	46 (76,7%)
Implication des pharmaciens			
Oui	3 (42,9%)	3(42,9%)	6 (42,9%)
Non	4 (57,1%)	4 (57,1%)	8 (57,1%)
Application des NMR			
Oui	23 (65,7%)	20 (80,0%)	43 (71,7%)

	MSP	PSP	Total
Non	12 (34,3%)	5 (20%)	17 (28,3%)
Pharmaciens percepteurs de NMR			
Oui	15 (65,2%)	17 (85,0%)	32 (74,4%)
Non	8 (34,8%)	3 (15,0%)	11 (25,6%)
Evaluation de la qualité des soins			
Oui	11 (31,4%)	5 (20,0%)	16 (26,7%)
Non	24 (68,6%)	20 (80,0%)	44 (73,3%)
Elaborateur(s) des indicateurs d'évaluation			
Professionnels de santé	3 (27,3%)	3 (60,0%)	6 (37,5%)
ARS	9 (81,8%)	3 (60,0%)	12 (75,0%)
Autre(s) ¹	5 (45,4%)	1 (20,0%)	6 (37,5%)
Indicateurs intéressants les pharmaciens			
Oui	5 (45,5%)	2 (40,0%)	7 (43,8%)
Non	6 (54,5%)	3 (60,0%)	9 (56,2%)
Evaluation de la « satisfaction patients »			
Sur la structure	13 (37,1%)	5 (20,0%)	18 (30,0%)
Sur l'activité des pharmaciens	4 (30,8%)	3 (60,0%)	7 (38,9%)
Accueil d'étudiants			
Oui	29 (82,9%)	25 (100,0%)	54 (90,0%)
Non	6 (17,1%)	0	6 (10,0%)
1^{er} cycle de Médecine			
1 ^{er} cycle de Médecine	5 (17,2%)	8 (24,0%)	11 (20,4%)
2^{ème} cycle de Médecine			
2 ^{ème} cycle de Médecine	17 (58,6%)	18 (72,0%)	35 (64,8%)
Internes de Médecine générale			
Internes de Médecine générale	27 (93,1%)	22 (88,0%)	49 (90,7%)
1^{er} cycle de Pharmacie			
1 ^{er} cycle de Pharmacie	3 (10,3%)	5 (20,0%)	8 (14,8%)
2^{ème} cycle de Pharmacie			
2 ^{ème} cycle de Pharmacie	7 (24,1%)	6 (24,0%)	13 (24,1%)
Internes de Pharmacie			
Internes de Pharmacie	3 (10,3%)	3 (12,0%)	6 (11,1%)
Autre(s)²			
Autre(s) ²	10 (34,5%)	9 (36,0%)	19 (35,2%)

¹ IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), INPES (Institut national de prévention de l'éducation pour la santé). ² Elèves infirmiers, élèves kinésithérapeutes, élèves sages-femmes.

3-3 Appréciation des acteurs (tableaux 3 et 4)

Les points positifs les plus fréquemment cités de la coopération entre médecins et pharmaciens au sein des MSP étaient la prise en charge globale des patients (11 occurrences), l'apport d'une expertise pharmacologique (6) et la complémentarité des interventions (6) (tableau 3). Les points positifs les plus fréquemment cités dans les PSP étaient l'apport d'une expertise pharmacologique (5), une prise en charge de meilleure qualité (4) et un regard complémentaire sur les patients (4) (tableau 3). Les principaux points négatifs étaient, pour les MSP, la complexité des SISA et la peur de l'assujettissement à la TVA (3) et le risque de conflits d'intérêt (2), et pour les PSP, le manque de disponibilité des pharmaciens (3) (tableau 4).

Tableau 3 : Points positifs de la coopération médecins-pharmaciens

MSP	(n)	PSP	(n)
Prise en charge globale des patients	(11)	Expertise pharmacologique	(5)
Expertise pharmacologique	(6)	Meilleure qualité de la prise en charge	(4)
Complémentarité	(6)	Regard complémentaire sur les patients	(4)
Regard sur les pratiques et prescriptions médicales	(4)	Avis pharmaceutique dans les réunions	(3)
Apport de compétences	(4)	Bonne connaissance du terrain par les pharmaciens	(3)
Facilité d'accès aux médicaments	(4)	Meilleure connaissance des métiers de chacun	(3)
Meilleure qualité de coopération	(3)	Coordination des soins	(2)
Diminution des erreurs médicamenteuses	(3)	Renfort de l'équipe de soins primaires	(2)
Ateliers ETP	(3)	Facilitation dans la prescription et dispensation des génériques	(1)
Meilleure connaissance des patients	(3)	Expertise en matériel orthopédique, dispositifs médicaux et HAD	(1)
Meilleure communication	(3)	Proximité	(1)
Acteurs de soins de proximité	(2)	Implication des pharmaciens dans la vie du pôle et les missions de santé	(1)
Gain de temps	(2)	Acteur d'orientation dans le parcours de soins	(1)
Cohésion d'équipe	(1)	Diminution de la iatrogénie médicamenteuse	(1)
Connaissance des contraintes de chaque professionnel de santé	(1)	Amélioration du maillage sanitaire du territoire	(1)
Facilitation de l'approvisionnement en matériel médical (HAD)	(1)	Transversalité des compétences	(1)
Formation commune sur les dispositifs médicaux	(1)	Meilleure communication	(1)
Accueil d'internes de médecine en officine	(1)	Partage de tâches	(1)
Interactivité	(1)		
Motivation	(1)	Diminution des problématiques d'approvisionnement en médicaments, matériel médical, etc...	(1)
Coordination autour du patient	(1)	Information sur les ruptures de stock	(1)
Bonnes relations interprofessionnelles	(1)	Travail en équipe	(1)

ETP : Education thérapeutique du patient ; HAD : Hospitalisation à domicile.

Tableau 4 : Points négatifs de la coopération médecins-pharmaciens

MSP	(n)	PSP	(n)
Aucun	(23)	Aucun	(15)
SISA et assujettissement à la TVA	(3)	Disponibilité insuffisante des pharmaciens pour les réunions et les formations	(3)
Intérêts commerciaux faussant le soin	(2)	Difficultés d'implication du reste de l'équipe pharmaceutique dans le pôle	(1)
Délégation de tâches insuffisante	(1)	Problématique du partage d'informations	(1)
Mésentente avec les autres pharmaciens du secteur	(1)	SISA et problématique de TVA	(1)
Difficulté pour les pharmaciens d'intégrer la SISA	(1)	Conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique	(1)
		Préoccupation de rentabilité financière de l'officine	(1)

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires ; ETP : Education thérapeutique du patient

4 DISCUSSION

4-1 Synthèse des résultats

Nous avons pu recenser 60 structures intégrant des pharmaciens, dont 35 MSP et 25 PSP. Les médecins généralistes étaient le plus souvent à l'origine de leur création mais les pharmaciens y avaient souvent contribué (surtout pour les PSP). Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) étaient la principale forme de société choisie pour ces structures intégrant des pharmaciens. Lorsqu'il existait un secrétariat partagé, les pharmaciens n'y avaient jamais accès en MSP et rarement en PSP. Ils avaient inconstamment accès aux dossiers des patients, particulièrement dans les MSP. Ils étaient systématiquement conviés à des réunions interprofessionnelles. Il existait souvent des protocoles de soins transversaux, à l'élaboration desquels les pharmaciens avaient souvent participé. La grande majorité des structures accueillait au moins un étudiant, le plus souvent en médecine et occasionnellement en pharmacie.

Cette étude est la première à dresser un état des lieux des maisons et pôles de santé intégrant des pharmaciens en France métropolitaine. Les pharmaciens sont présents dans près d'un quart des structures. Ils sont proportionnellement plus représentés en pôles qu'en maisons de santé, ce qui est vraisemblablement lié à la possibilité pour le pharmacien d'être associé à un pôle de santé sans avoir à transférer ou créer son officine. Les pharmaciens sont majoritairement intégrés dans les maisons et pôles de santé dès l'origine du projet et ils sont, après les médecins, les professionnels de santé les plus impliqués dans la création de ces structures.

4-2 Interprétation des résultats

Une intégration partielle des pharmaciens

Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)

La majorité des MSP et PSP avait créé une SISA, seule forme juridique de société autorisant les pharmaciens à pratiquer une activité rémunérée de soins coordonnés en complément de leur exercice propre [7]. La SISA permet en effet de percevoir et de redistribuer les financements aux sociétaires, et de gérer les dépenses collectives. Elle est obligatoire, pour toute structure percevant des subventions au titre des nouveaux modes de rémunération (NMR), depuis la récente publication du règlement arbitral applicable aux maisons et pôles de santé [17].

Soutiens aux soins coordonnés

Les pharmaciens participaient régulièrement aux réunions interprofessionnelles et à l'élaboration des protocoles de soins transversaux, mais accédaient rarement au secrétariat et aux dossiers des patients. Pourtant, l'accès à un secrétariat et à un système d'information partagé aiderait les pharmaciens à coordonner leurs actions avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins. L'accès au secrétariat leur permettrait, par exemple, d'organiser des rendez-vous programmés d'éducation thérapeutique du patient. Le partage de l'information médicale entre des professionnels de santé travaillant en équipe est autorisé (sous réserve du consentement des patients) depuis la loi Fourcade de 2011 [7], et contribue à renforcer l'exercice coordonné, d'où la diminution attendue de la fréquence des événements indésirables [18]. Mais en pratique, les médecins restent les principaux utilisateurs des systèmes d'information partagés. D'après le règlement arbitral, les maisons et pôles de santé percevant des subventions au titre des nouveaux modes de rémunération (NMR) doivent se doter d'un système d'information partagé labellisé [17]. Il existe deux modèles de système d'information partagé : un modèle intégré pour les maisons de santé et un modèle distribué pour les pôles de santé [19]. Le modèle intégré est basé sur un système d'information proposant diverses fonctionnalités : la gestion des accès et des habilitations, le partage de données médicales, la planification des actions de chaque intervenant et la production d'indicateurs d'activité et de pilotage. Les pharmaciens membres des maisons de santé devraient en principe pouvoir accéder au système d'information par un accès nominatif, bénéficier pour chaque patient d'une vue de synthèse et d'une fiche de suivi par pathologie, et disposer d'un droit de saisie d'informations adapté à leur profil [19]. Le modèle distribué propose de partager des informations médicales à partir du dossier médical personnel (DMP) et de la messagerie électronique, et de développer des outils de pilotage communs pour les actions de coordination [19]. Huit logiciels sont aujourd'hui labellisés par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), sous le label « e-santé Logiciel Maisons de santé », dont un seul prévoit l'accès des pharmaciens [20].

Accueil des étudiants

Tous les PSP et une majorité des MSP accueillent des étudiants en médecine, et une minorité de ces structures des étudiants en pharmacie. L'accueil d'étudiants de différentes professions de santé est exigé par les ARS pour l'attribution des nouveaux modes de rémunération (NMR), à raison d'au moins 2 stages par an selon des modalités propre à chaque profession [17]. Cet investissement pédagogique est essentiel pour former les futurs professionnels à la coopération interprofessionnelle et il est regrettable que l'accueil d'étudiants en pharmacie reste encore marginal.

Impact attendu des structures pluriprofessionnelles

Les structures pluriprofessionnelles ont un coût important qui ne peut être supporté par les seuls professionnels de santé. Dans notre étude, la majorité des structures, MSP et PSP confondus,

bénéficiaient de financements publics, principalement des ARS et des collectivités territoriales. Il a été montré, pour les maisons et pôles de santé les plus intégrés en terme d'exercice coordonné, un gain d'efficacité des soins de santé primaires avec des économies en matière de dépenses de santé ambulatoire supérieures aux ressources mobilisées [2]. Lorsque les MSP et PSP bénéficient de subventions au titre des nouveaux modes de rémunération (NMR), les pharmaciens les perçoivent fréquemment, ce qui valorise leurs missions d'exercice coordonné. Les financements issus des ARS sont de 2 types : le fond d'intervention régional (FIR) et les nouveaux modes de rémunération (NMR). Le FIR contribue au financement des études de faisabilité et d'ingénierie du projet, d'aide au démarrage et au fonctionnement des structures [1]. Les NMR consistent en une rémunération des activités coordonnées et sont réparties en 3 modules : la coordination des soins, l'éducation thérapeutique des patients et la coopération (envisagée sous forme de transfert d'actes). Par ailleurs, les collectivités territoriales contribuent souvent au financement des locaux des MSP, dont le coût peut s'élever à plusieurs millions d'Euros [21].

Des études sur des stratégies de coopération entre médecins et pharmaciens en dehors de structures de santé pluriprofessionnelles ont montré des améliorations dans la prise en charge des pathologies chroniques et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse [22]. Il paraît vraisemblable que ces stratégies soient au moins aussi efficaces dans les MSP et PSP, sachant que la coopération entre les médecins et les pharmaciens y est formalisée autour d'un projet de santé commun. L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a montré l'impact positif de l'exercice coordonné dans les MSP et PSP bénéficiant des subventions au titre des NMR, particulièrement dans celles présentant le plus haut niveau d'intégration. Les médecins généralistes exerçant dans les MSP ont des pratiques jugées de meilleure qualité pour le suivi des patients diabétiques, la vaccination, le dépistage et la prévention des risques iatrogéniques [12]. Ces améliorations sont proportionnelles à l'intensité de la coordination des soins. Par ailleurs, les MSP et PSP ont une meilleure productivité que les cabinets isolés, ainsi qu'un moindre recours aux soins spécialisés et une diminution des dépenses pharmaceutiques [11]. Une évaluation interne ou externe de la qualité des soins et de la satisfaction des patients était rarement réalisée dans les maisons et pôles de santé intégrant des pharmaciens. Cette évaluation serait pourtant source de motivation pour les professionnels exerçant dans ces structures et permettrait d'améliorer l'exercice coordonné par des actions correctrices [18]. Elle n'est pas rendue obligatoire par le règlement arbitral qui impose seulement le respect des engagements (SISA, système d'information partagé, protocoles de soins, l'accès aux soins non programmés, les réunions de concertations pluriprofessionnelles) et non l'évaluation des pratiques professionnelles [17].

Avis des acteurs

Les principaux points positifs de la coopération entre les médecins et les pharmaciens au sein des MSP et PSP, cités par les acteurs interrogés, étaient l'apport d'une expertise pharmacologique par les pharmaciens, l'amélioration de la qualité des soins grâce à une prise en charge plus globale des patients

et la connaissance du métier de chacun. Les aspects négatifs étaient la complexité du dispositif SISA, la peur de l'assujettissement à la TVA, le manque de disponibilité des pharmaciens pour l'exercice coordonné, le manque de partage de l'information médicale, la délégation insuffisante de tâches médicales et le risque de conflits d'intérêt.

Une récente étude menée par l'Irdes sur quatre MSP bénéficiant des nouveaux modes de rémunération (NMR) a mis en évidence des facteurs facilitants et des freins à l'exercice coordonné [9]. Les facteurs facilitant étaient la « proximité » cognitive, physique, professionnelle, organisationnelle et culturelle entre les acteurs, l'élaboration d'un projet de santé commun, un leadership partagé, la formalisation des pratiques professionnelles coordonnées et le maintien d'un paiement à l'acte [9]. Les freins étaient la faible rémunération de l'exercice coordonné, la complexification des emplois du temps, l'influence déséquilibrée des médecins généralistes, le manque de formations pluriprofessionnelles, le manque de protocoles pour les paramédicaux, l'inadaptation des systèmes d'information [9]. Une revue de la littérature internationale a montré que les facteurs facilitant la coopération interprofessionnelle sont l'existence d'une formation pluridisciplinaire, l'organisation de réunions pluriprofessionnelles, la connaissance du métier de chacun des acteurs, la reconnaissance des pharmaciens comme experts en pharmacologie clinique, ainsi qu'une rémunération adaptée à la contribution de chaque acteur. Dans cette revue, les freins sont la faible accessibilité des pharmaciens aux dossiers médicaux, la nécessité de respecter le secret professionnel, le manque d'encadrement juridique des délégations de tâches, l'existence de possibles conflits d'intérêts pour les pharmaciens et leur manque de disponibilité [18].

5 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons identifié un effectif de structures pluriprofessionnelles proche de celui recensé par le Ministère de la santé en 2013 (247 versus 246) [3]. Il est vraisemblable que ces données concernent principalement les structures ayant bénéficié de financements publics, et que le nombre des structures autofinancées soit sous-estimé.

Les principaux acteurs consultés étaient des médecins généralistes et rarement des pharmaciens. Il n'est pas exclu que des pharmaciens auraient pu répondre différemment à certaines questions de notre enquête, plus sujettes à interprétation. Notre étude était essentiellement quantitative et ne prétendait pas explorer de façon approfondie les attitudes et représentations des acteurs des structures pluriprofessionnelles. Il serait utile de compléter nos résultats par une étude qualitative auprès des médecins et des pharmaciens de ces structures.

6 CONCLUSION

La présence des pharmaciens dans près d'un quart des structures atteste de la volonté actuelle des médecins et des pharmaciens de se regrouper au sein des MSP et PSP. Cependant, l'intégration des pharmaciens dans ces structures est encore partielle, notamment du fait d'un partage limité de l'information médicale avec les médecins et du manque d'évaluation de la qualité des soins de l'exercice coordonné. Développer ces deux axes permettrait de renforcer la coopération entre les médecins et les pharmaciens au service de la qualité des soins. Il conviendrait aussi d'étudier de façon plus approfondie les freins liés aux représentations des acteurs par des études qualitatives, afin d'apporter des solutions opérationnelles.

Nom, prénom du candidat : VERNUS Anne-Lise

CONCLUSIONS

La réorganisation actuelle des soins de santé primaire en France s'accompagne du développement des structures d'exercice coordonné et de nouvelles missions de santé pour les pharmaciens. L'objectif de cette étude était d'identifier l'ensemble des maisons et pôles de santé (MSP et PSP) en activité intégrant des pharmaciens, et de décrire leur organisation et leur fonctionnement.

Cette étude a inclus les MSP et PSP métropolitains en activité au deuxième semestre 2013, intégrant un ou plusieurs pharmaciens. L'identification des MSP et PSP a été réalisée à partir des informations issues des ARS et de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire électronique.

Au total, 60 structures, dont 35 MSP et 25 PSP, intégraient des pharmaciens. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) étaient la principale forme de société choisie pour ces structures. La majorité des MSP et des PSP avait bénéficié de financements publics, principalement des ARS, et les propriétaires des murs des MSP étaient le plus souvent les collectivités territoriales. Les pharmaciens étaient systématiquement conviés à des réunions interprofessionnelles dans les MSP et PSP, et il existait souvent des protocoles de soins transversaux. Les pharmaciens n'avaient jamais accès au secrétariat partagé en MSP et rarement en PSP, et ils avaient inconstamment accès aux dossiers des patients dans les MSP et PSP. Les pharmaciens sont actuellement présents dans près d'un quart des MSP et PSP, mais leur intégration dans ces structures est encore partielle.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président

Signature



Corinne Cyrille

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 04 NOV. 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon Est
Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales


Professeur F. N. STILLY

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousques J, Couralet PE, Chevillard G, et al. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). QES 2013; 189: 1-6.
2. Mousques J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Rapport de l'Irdes 2014; 559: 1-157.
3. Manzi I, De Haas P. Maisons de santé : caractéristiques. Observatoire des MSP. 4èmes Journées nationales de la FFMPS, La Rochelle, 2015. Consultable sur : http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMPS_20_03_15.pdf. Consulté le 6 octobre 2015.
4. Code de la Santé Publique, Article L6323-3, 2014.
5. Code de la Santé Publique, Article L6323-4, 2014.
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF 2009.
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. JORF 2011.
8. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). QES 2013; 190: 1-8.

9. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). QES 2014; 200: 1-8.
10. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). QES 2014; 201: 1-8.
11. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). QES 2015; 210: 1-6.
12. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). QES 2015; 211: 1-5.
13. Plate-forme d'appui aux professionnels de santé de Bourgogne. Consultable sur : <http://www.bourgogne.paps.sante.fr/Les-projets-de-la-region.115940.0.html>. Consulté le 6 octobre 2015.
14. Plate-forme d'appui aux professionnels de santé de Bretagne. Consultable sur : <http://www.bretagne.paps.sante.fr/Les-projets-de-votre-region.112287.0.html>. Consulté le 6 octobre 2015.
15. Plate-forme d'appui aux professionnels de santé du Nord-Pas de Calais. Consultable sur : <http://www.nordpasdecalsais.paps.sante.fr/Les-projets-de-votre-region.113657.0.html>. Consulté le 6 octobre 2015.
16. Fédération française des maisons et pôles de santé. Consultable sur : <http://www.ffmps.fr>. Consulté

le 6 octobre 2015.

17. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. JORF 2015.

18. Supper I, Catala O, Lustman M., Chemla C, Bourgueil Y, Létrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health 2014.

19. Asip Santé. Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents, 2011. Consultable sur :

http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf. Consulté le 6 octobre 2015.

20. Asip Santé. Liste des logiciels labélisés. Consultable sur : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>. Consulté le 6 octobre 2015.

21. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé, 2^e édition. Le Coudrier ; 2015.

22. Michot P, Catala O, Supper I. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Pub 2013; 25: 331-341.

8 ANNEXES

8-1 Questionnaire

Caractéristiques des maisons et pôles de santé incluant des pharmaciens

I LA STRUCTURE

1. Quel est le type de votre structure de soins ?

Une seule réponse possible.

Maison de santé

Pôle de santé

2. Quel est le nom de votre structure de soin ?

3. Quelle est l'année de mise en activité de la structure ?

4. Quelle population est couverte par la structure (en nombre d'habitants) ?

5. Quel(s) est (sont) le(s) créateur(s) de la structure ?

Plusieurs réponses possibles.

médecin(s) généraliste(s)

pharmacien(s)

collectivité territoriale

autre(s)

6. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

.

7. Combien la structure comporte-t-elle de professionnels de santé au total ?

8. Parmi ces professionnels de santé, combien sont des médecins généralistes?

9. Combien sont des médecins spécialistes autres ?
10. Combien sont des pharmaciens titulaires ?
11. Combien sont des pharmaciens assistants ?
12. Combien sont des infirmiers ?
13. Combien sont des sages-femmes ?
14. Combien sont des kinésithérapeutes ?
15. Combien sont des psychologues ?
16. Combien sont des assistantes sociales ?
17. Combien d'autres professionnels de santé ? (citer et dénombrer)
- .
18. En quelle année le(s) pharmacien(s) a-t-il (ont-ils) intégré la structure ?
19. Si la structure est une MSP, quel(s) est (sont) le(s) propriétaire(s) des murs de la structure ?
Plusieurs réponses possibles.
un (des) professionnel(s) de santé
la commune
la communauté de commune
autre(s)
20. Si la réponse est "autre(s)" : précisez
21. Certains professionnels de santé sont-ils locataires de la structure ?
Une seule réponse possible.
oui *Passez à la question 22.*
non *Passez à la question 27.*

Professionnels de santé locataires de la structure

22. Certains professionnels de santé locataires bénéficient-ils de la gratuité de leur loyer ?

Une seule réponse possible.

oui Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 27.

non Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 24.

23. Si oui : qui sont ces professionnels ?

Non gratuité du loyer

.

24. Certains professionnels de santé bénéficient-ils de subventions pour leur loyer, à défaut d'une gratuité ?

Une seule réponse possible.

oui

non

25. Si oui : qui sont ces professionnels ?

26. Si oui : quelle(s) entité(s) verse(nt) ces subventions ?

27. Si la structure est une MSP, partage-t-elle ses locaux avec une entité publique ou apparentée ?

Une seule réponse possible.

oui

non

28. Si oui : laquelle ?

29. Si la structure est un PSP, inclut-il une entité publique ou apparentée ?

.

30. Si oui : laquelle ?

31. Quel(s) est(sont) le(s) montage(s) juridique(s) pour l'immobilier ?

Plusieurs réponses possibles.

SCI

copropriété

autre(s)

aucun

32. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

33. Quel(s) est (sont) le(s) montage(s) juridique(s) pour les professionnels de santé ?

Plusieurs réponses possibles.

SCM(s) monoprofessionnelle(s) (les citer)

SCM(s) pluriprofessionnelle(s) (les citer)

SCP

SEL

SISA

autre(s)

aucun

34. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

35. La structure a-t-elle bénéficié de financements publics ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 36.*

non *Passez à la question 38.*

Financements publics

36. Quelle(s) entité(s) a (ont) participé au financement de la structure ?

Plusieurs réponses possibles.

Agence Régionale de Santé

Conseil général

Conseil régional

autre(s)

37. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

38. La structure a-t-elle signé un "contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens" (CPOM) ?

Une seule réponse possible.

oui

non

39. La structure intègre-t-elle une maison médicale de garde ?

Une seule réponse possible.

oui

non

II LE FONCTIONNEMENT

40. Y-a-t-il un secrétariat commun aux professionnels de santé de la structure ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 41.*

non *Passez à la question 43.*

.

41. Quels sont les bénéficiaires du secrétariat commun ?

Plusieurs réponses possibles.

médecins

paramédicaux

pharmaciens

autre(s)

42. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

43. Existe-t-il un système d'information avec des dossiers patients partagés ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 44.*

non *Passez à la question 46.*

Dossiers patients partagés

44. Quels professionnels de santé partagent ces dossiers ?

Plusieurs réponses possibles.

médecins uniquement

médecins et paramédicaux

médecins et pharmaciens

médecins et autres professionnels de santé

45. Si la réponse est "médecins et autres professionnels de santé" : précisez

46. Y-a-t-il des réunions interprofessionnelles ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 47.*

non *Passez à la question 49.*

.

Réunions interprofessionnelles

47. Le(s) pharmacien(s) participe(nt)il(s) à ces réunions ?

Une seule réponse possible.

oui

non

48. Les paramédicaux participent-ils à ces réunions ?

Une seule réponse possible.

oui

non

49. Des protocoles de soins transversaux ont-ils été élaborés ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 50.*

non *Passez à la question 52.*

Protocoles de soins transversaux

50. Le(s) pharmacien(s) a-t-il (ont-ils) participé à leur élaboration ?

Une seule réponse possible.

oui

non

51. Le(s) pharmacien(s) a-t-il (ont-ils) participé à leur mise en oeuvre ?

Une seule réponse possible.

oui

non

52. La télémédecine est-elle pratiquée dans la structure ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 53.*

non *Passez à la question 54.*

Télémédecine

53. Le(s) pharmacien(s) de la structure est (sont)-il(s) impliqué(s) dans la télémédecine ?

Une seule réponse possible.

oui

non

54. La structure bénéficie-t-elle des Nouveaux modes de rémunération (NMR) ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 55.*

non *Passez à la question 57.*

Nouveaux modes de rémunération (NMR)

55. Le(s) pharmacien(s) bénéficie(nt)-il(s) des NMR ?

Une seule réponse possible.

oui

non

56. Si oui : pour quelle(s) mission(s) en bénéficient-ils ?

57. La qualité des soins de la structure a-t-elle été évaluée ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 58.*

non *Passez à la question 62.*

Evaluation des soins

58. Par qui les indicateurs d'évaluation ont-ils été définis ?

Plusieurs réponses possibles.

les professionnels de santé

l'Agence Régionale de Santé

autre(s)

59. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

.

60. Certains de ces indicateurs concernent-ils l'activité du (des) pharmacien(s) de la structure ?

Une seule réponse possible.

oui

non

61. Si oui : lequel ou lesquels ?

62. La satisfaction des patients a-t-elle été évaluée ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 63.*

non *Passez à la question 64.*

Satisfaction des patients

63. L'évaluation de cette satisfaction intègre-t-elle l'activité du(des) pharmacien(s) de la structure ?

Une seule réponse possible.

oui

non

64. La structure accueille-t-elle des étudiants ?

Une seule réponse possible.

oui *Passez à la question 65.*

non *Passez à la question 67.*

Accueil des étudiants

65. Ces étudiants sont :

Plusieurs réponses possibles.

des étudiants en 1er cycle de Médecine

des étudiants en 2ème cycle de Médecine

des internes de médecine générale

des étudiants en 1er cycle de Pharmacie

des étudiants en 2ème cycle de Pharmacie

des internes de pharmacie

autre(s)

66. Si la réponse est "autre(s)" : précisez

III VOTRE APPRECIATION GENERALE CONCERNANT LA PRESENCE D'UN OU PLUSIEURS PHARMACIENS DANS LA STRUCTURE

67. Quels sont pour vous les points forts liés à la présence d'un ou plusieurs pharmaciens dans la structure ?

68. Quels sont pour vous les points faibles liés à la présence d'un ou plusieurs pharmaciens dans la structure ?

8-2 Tableau récapitulatif des MSP et PSP incluant des pharmaciens et en activité en 2013, par région

Régions françaises métropolitaines	MSP	PSP
Alsace	1	0
Aquitaine	2	0
Auvergne	4	1
Bourgogne	3	0
Bretagne	2	2
Centre	0	0
Champagne Ardennes	1	0
Corse	0	0
Franche-Comté	6	3
Ile-de-France	1	2
Languedoc-Roussillon	1	1
Limousin	2	1
Lorraine	3	2
Midi-Pyrénées	1	1
Nord Pas de Calais	0	0
Basse Normandie	0	0
Haute Normandie	0	0
Pays de Loire	0	3
Picardie	1	0
Poitou-Charentes	1	1
PACA	1	1
Rhône-Alpes	5	7

8-3 Articles L 6323-3 et L6323-4 du Code de la Santé Publique.

Article L6323-3

- Modifié par [LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2](#)

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils 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.

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.

Article L6323-4

- Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40](#)

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article [L. 1411-11](#), le cas échéant de second recours au sens de l'article [L. 1411-12](#), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article [L. 1434-5](#).

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

8-4 Articles 38, 39 et 40 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 .:

« **Article 38**

I.-Le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

« Art.L. 5125-1-1 A.-Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

« 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

« 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

« 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

« 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.]

Article 39

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A la fin de la première phrase du second alinéa, les mots : « professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Article 40

Après l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III ter ainsi rédigé :

« Chapitre III ter

« Pôles de santé

« Art.L. 6323-4.-Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux

actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

8-5 Articles 1 et 2 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

« **Article 1**

Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IV ainsi rédigé :

« TITRE IV

« LES SOCIÉTÉS INTERPROFESSIONNELLES

DE SOINS AMBULATOIRES

« Chapitre Ier

« Constitution de la société

« Art. L. 4041-1.-Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

« Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral peuvent également être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire.

« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres Ier et II du titre IX du livre III du code civil et par le présent titre.

« Art. L. 4041-2.-La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :

« 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;

« 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

« Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 4041-3.-Peuvent seules être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent.

« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

« Art. L. 4041-4.-Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical.

« Le tribunal peut, à la demande de tout intéressé, prononcer la dissolution de la société si cette condition n'est pas remplie.

« Il peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. Il ne peut prononcer la dissolution si, le jour où il statue sur le fond, cette régularisation a eu lieu.

« Art. L. 4041-5.-Les statuts de la société sont établis par écrit. Un décret en Conseil d'Etat détermine les mentions figurant obligatoirement dans les statuts.

« Art. L. 4041-6.-Les associés peuvent exercer hors de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts.

« Les statuts déterminent les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.

« Art. L. 4041-7.-Les statuts de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires ainsi que les avenants à ces statuts sont transmis, un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés ainsi qu'à l'agence régionale de santé.

« Chapitre II

« Fonctionnement de la société

« Art. L. 4042-1.-Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci.

« Par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.

« Art. L. 4042-2.-Chaque associé de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires répond des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société dans les conditions prévues aux articles L. 1142-1 à L. 1142-2.

« Art. L. 4042-3.-Un associé peut se retirer d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, soit qu'il cède ses parts sociales, soit que la société lui rembourse la valeur de ses parts.

« Chapitre III

« Dispositions diverses

« Art. L. 4043-1.-Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

« Les associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ne sont pas réputés pratiquer le compérage du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts.

« Art. L. 4043-2.-Sauf dispositions contraires des statuts, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires n'est pas dissoute par le décès, l'incapacité ou le retrait de la société d'un associé pour toute autre cause. Elle n'est pas non plus dissoute lorsqu'un des associés est frappé de l'interdiction définitive d'exercer sa profession.

« L'associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer sa profession perd, au jour de cette interdiction, la qualité d'associé. Ses parts dans le capital sont alors rachetées dans un délai de six mois par un associé ou, à défaut, par la société selon les modalités prévues par les statuts. »

Article 2

I. — L'article L. 6323-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

« Ils 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.

« 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. »

II. — Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du même code, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« 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 :

« 1° 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 ;

« 2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

« La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

III. — Au premier alinéa de l'article L. 1511-5, au a du 2° de l'article L. 1521-1, au deuxième alinéa de l'article L. 1531-2 et au b du I de l'article L. 1541-2 du même code, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « huitième ».

8-6 Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

« **Article 1**

Est approuvé le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité transmis le 17 février 2015 et annexé au présent arrêté.

Article 2

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

ANNEXES

ANNEXE 1

RÈGLEMENT ARBITRAL APPLICABLE AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-14-1, L. 162-14-2, R. 162-54-7 et R. 162-54-8.

Préambule

La structuration des équipes pluri-professionnelles est une composante importante de la mise en place de parcours de soins efficaces.

Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) des structures organisées d'exercice pluri-professionnel (maisons de santé mono ou multisites ; centres de santé) sont intervenues dans le cadre des dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

A la suite de ces expérimentations, le présent règlement arbitral vise à pérenniser ce dispositif.

Article 1er

Portée du règlement arbitral

Le présent règlement arbitral régit les relations entre les caisses d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les équipes et structures concernées, définies à l'article 2. Il cesse de s'appliquer à la date d'entrée en vigueur de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles prévu au II de l'article L.162-14-1 et, au plus tard, cinq ans à l'issue de sa date d'entrée en vigueur.

Article 2

Les équipes et les structures concernées

Le développement du travail en équipe, dans le cadre des maisons de santé pluri-professionnelles (monosite ou multisites) et des centres de santé, contribue à conforter l'offre de soins en répondant aux aspirations de certains professionnels de santé et en dégageant du temps médical grâce à certaines activités mutualisées permettant d'offrir de nouveaux services aux patients.

Afin de faciliter le fonctionnement de ces structures formalisées, le présent règlement arbitral met en place des modalités adaptées de rémunération valorisant ces services.

Pour bénéficier de ces rémunérations, les structures concernées doivent, lorsqu'elles sont en exercice libéral (maisons de santé mono ou multisites), être constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même, dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, telle la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). A titre dérogatoire, et afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constitués sous la forme juridique requise pour la perception de rémunération de l'assurance maladie, peut signer un contrat conforme au contrat type joint en annexe 2 sous réserve de l'engagement de ses membres (cosignataires du contrat) de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

L'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie signent le contrat avec les structures retenues lorsqu'elles estiment que le projet de santé de la structure est cohérent avec le projet régional de santé. Ce contrat est conforme au contrat type joint en annexe 2. Le projet de santé est annexé

au contrat.

Pour les structures en exercice libéral, la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure est également annexée au contrat. Il en est de même pour la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans un centre de santé signataire du contrat.

Article 3

Les engagements communs à l'ensemble des structures

Afin d'encourager le développement du travail en équipe et l'amélioration des résultats, certains engagements peuvent être respectés de manière progressive : une grille d'objectifs (annexe 1) et le contrat-type (annexe 2) définissent les modalités et le rythme de progression des critères sur la durée du contrat.

3.1. Favoriser l'accès aux soins

Pour la valorisation de l'activité des structures, les critères suivants sont pris en compte :

- amplitude des horaires d'ouverture : les horaires d'ouverture doivent couvrir toute la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires. Une réponse à la demande de soins des patients doit ainsi pouvoir être apportée en dehors des périodes couvertes par la permanence des soins, soit de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat. Les horaires sont précisés dans la charte d'engagement de chaque structure. Ils doivent également couvrir les périodes de congés scolaires. Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture doivent faire l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme, notamment d'un message d'accueil téléphonique ;

- possibilité d'accès à des soins non programmés : les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés ;

- fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, information des patients sur leurs droits, etc.) organisée avec un responsable identifié.

L'ensemble de ces critères fait l'objet d'une charte d'engagement vis-à-vis des patients, qui précise la

garantie de service sur chacun des aspects retenus. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 3. Cette charte est affichée dans la structure et sera disponible sur le site Ameli dès lors que le service sur Ameli sera opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à l'organisme local d'assurance maladie.

offre d'une diversité de services spécialisés et paramédicaux permettant de faciliter l'accès aux soins des patients. Plusieurs modalités peuvent être mises en œuvre comme l'organisation par la structure, dans ses locaux, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, d'accès à des sages-femmes ou chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure (un jour par semaine ; une valorisation supplémentaire est possible si ces créneaux de consultations sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein - ETP) ou la présence d'une offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé.

Dans ce cadre, la structure doit transmettre à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.). Ces documents précisent le temps d'intervention dans la structure de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé est vérifiée par l'organisme local d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé intervenant au sein de la structure fournie conformément aux dispositions de l'article 2.

3.2. Favoriser le travail en équipe

Champ majeur de la coordination pluri-professionnelle, le travail en équipe concerne tout particulièrement les patients complexes, sur la base des situations identifiées ci-dessous.

La concertation sur les dossiers des cas complexes :

Une concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) est organisée entre médecins et autres professionnels de santé sur les dossiers de certains patients. Ces revues pluri-professionnelles régulières portent sur des affections pour lesquelles l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficience.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement

des patients à ces échanges, un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé. Ces comptes rendus sont, à sa demande, mis à disposition du service médical de l'assurance maladie.

Dans une première étape, les thèmes suivants sont privilégiés pour cette concertation autour des dossiers des patients :

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
- patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgies, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Si la structure n'est pas encore équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 dans les conditions définies à l'article 3, elle transmet le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que la structure est équipée dudit système d'information, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation intégré dans leur dossier informatisé.

Les comptes rendus de réunions peuvent être transmis, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

La mise en place de procédures facilitant l'implication des différents professionnels de santé dans la coordination des soins :

La structure élabore, en référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées supra et retenues comme thèmes prioritaires. Ces protocoles précisent le rôle et les

temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles peut être transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

La coordination externe :

Les professionnels de la structure mettent en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS, établi par le médecin traitant et complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation en vigueur est ouvert et alimenté au moins par le VSM.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, les modalités de transmission, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, de données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison) sont également précisées au sein de la structure.

Ces différentes procédures sont accessibles à l'ensemble des professionnels de la structure.

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

La formation des jeunes professionnels :

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

Elle fournit à l'organisme local d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

3.3. Favoriser le développement des systèmes d'information

Afin d'améliorer la coordination des soins, les structures s'engagent à mettre en place progressivement un système d'information administré et partagé au sein de la structure.

Le système d'information doit répondre au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé a minima de niveau 1 au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat ou, pour les contrats signés en 2015, le 31 décembre 2016.

La rémunération correspondante est versée pro rata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

Par dérogation, cette rémunération est versée, jusqu'au 31 décembre 2016, aux structures signataires d'un contrat en 2015 et 2016 qui disposent d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de la structure et compatible avec le DMP, ou d'un système d'information labellisé par l'ASIP santé.

Partage de l'information :

Les dossiers informatisés des patients doivent être partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges.

La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année.

La communication externe comme interne est favorisée par l'usage de messageries sécurisées et de dossiers médicaux partagés.

Structuration de l'information :

Les fonctionnalités permises par le logiciel métier répondent à plusieurs niveaux de labellisation décrits par l'ASIP.

Une rémunération modulée en fonction du niveau de labellisation du logiciel métier est mise en place

(niveau 1 et niveau 2).

La structure transmet l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Dès lors que la structure est équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

Article 4

Les engagements modulables au niveau local

Des missions de santé publique complémentaires, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), peuvent être réalisées parmi les thèmes définis à l'annexe 4 et font l'objet d'une valorisation complémentaire dans les conditions définies en annexe 1. Les objectifs fixés et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre sont joints en annexe du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2.

Une dérogation aux horaires d'ouverture de 8 heures à 20 heures et le samedi matin peut être mise en place suivant les modalités prévues à l'article 3.

Article 5

Les modalités de calcul et de versement de la rémunération des structures

Les structures définies à l'article 2 bénéficient d'une rémunération forfaitaire en contrepartie du respect des engagements et de l'atteinte des objectifs décrits aux articles 3 et 4.

Les modalités de calcul et de versement de cette rémunération sont définies au présent article et en annexe 1.

En contrepartie du respect des engagements définis dans les articles 3 et 4, l'organisme local d'assurance maladie s'engage à verser à la structure une rémunération dans les conditions définies ci-après.

Cette rémunération, définie en annexe 1, n'est pas due lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement.

5.1. Les modalités de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements relevant des trois axes définis à l'article 3 : accès aux soins, travail en équipe et systèmes d'information.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Elle comprend une rémunération de base liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socles et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Les deux niveaux de rémunération (socle et optionnel) comportent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la patientèle de la structure).

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des trois critères socles de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information) sont respectés (cf. annexe 1).

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients :

5 050 points pour le niveau socle, dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle) ;

2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur dans le tableau de l'annexe 1 correspond à un taux de réalisation de 100 %.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie pour une structure de référence pour laquelle la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence est égale à 4 000.

Dans l'hypothèse d'une modification des dispositions législatives sur la désignation d'un médecin traitant, la règle de prise en compte de la patientèle des enfants reste applicable pour le calcul de la rémunération au titre de l'année civile suivant celle d'entrée en vigueur desdites dispositions législatives.

La partie variable de la rémunération est calculée en fonction de la patientèle ainsi calculée pour la structure, rapportée à la patientèle de référence de 4 000 patients, définie ci-dessus.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMUC-C, d'une part, et de l'AME, d'autre part, ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure.

Pour les patients bénéficiaires de la CMUC-C, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5 %, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4 %, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.

5.2. Le montant de la rémunération

Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées dans le tableau figurant à l'annexe 1.

5.3. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par la structure (cf. article 6) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, l'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 6.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 2).

5.4. Les modalités de versement d'une avance

Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avances est mis en place.

Une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat pour la première année, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socles tels que définis au tableau figurant en annexe 1, en prenant en compte le volume de patientèle de référence de la structure

(patientèle constatée au 31 décembre de l'année n - 1 par rapport à l'année de référence) pour les engagements pondérés par le volume de la patientèle. Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (cf. article 2).

Par exception, pour les structures signataires du contrat qui étaient incluses dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en 2014, l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de ladite expérimentation.

Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

- résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 7 : dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;

- dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération dans les conditions définies au tableau figurant à l'annexe 1 conduit à un versement inférieur au montant de l'avance, voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

5.5. Mise en place d'une phase transitoire pour les structures incluses antérieurement dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Afin de faciliter la gestion de la phase transitoire entre le dispositif des ENMR et le dispositif du règlement arbitral, dans le cas où le montant de la rémunération dû à la structure signataire du contrat, calculé conformément aux dispositions du tableau figurant en annexe 1, est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014 par une structure incluse dans les ENMR, cette dernière perçoit une somme complémentaire.

Au titre de l'année 2015, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant au différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Au titre de l'année 2016, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Article 6

Modalités de vérification du respect des engagements du contrat

Dans le cadre du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2, la structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus aux articles 3 et 4 permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements définis auxdits articles. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile de référence pour le suivi des engagements.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies au présent règlement arbitral.

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé. Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat, notamment ceux relatifs aux missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales, définies à l'annexe 4. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

Article 7

Modalités de résiliation du contrat conforme au contrat-type

La structure signataire d'un contrat conforme au contrat type défini en annexe 2 a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

Dans cette hypothèse, aucune rémunération, calculée dans les conditions définies à l'article 5, ne peut être perçue par la structure au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue.

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs, définies à l'article 6, permettant la vérification du niveau de réalisation

des différents engagements et le calcul de la rémunération, et ce sur deux années consécutives. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie. Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir le comité régional de suivi des structures pluri-professionnelles du lieu d'implantation de la structure dans les conditions définies à l'article 10. Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Dans l'hypothèse où la structure a perçu une avance, dans les conditions définies à l'article 5, au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue et quelle que soit l'origine de celle-ci, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Article 8

Création d'un Comité national de pilotage des structures pluri-professionnelles

Il est institué, entre les parties signataires, un comité de suivi du règlement arbitral.

8.1. Composition du comité national de pilotage

Le comité national de pilotage est composé paritairement de deux sections formées :

- des représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM) ;
- des représentants des différentes professions de santé, susceptibles d'exercer au sein des équipes et structures définies à l'article 2 et des centres de santé.

Chaque section désigne son président.

La représentation des différentes professions de santé est définie comme suit :

12 sièges sont attribués aux organisations syndicales représentatives des différentes professions de santé susceptibles d'exercer au sein des équipes et structures définies à l'article 2, avec un minimum de 8 sièges pour les organisations syndicales représentatives des professions de santé devant obligatoirement être présentes parmi les associés des structures définies à l'article 2, conformément aux dispositions du code de la santé publique ;

3 sièges sont attribués aux organisations représentatives des centres de santé, désignées pour ce faire par

l'ensemble de leurs organisations représentatives.

La représentation de l'assurance maladie obligatoire est définie comme suit :

Un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué, afin de respecter la parité ;

70 % des sièges sont attribués à des représentants du régime général, 15 % à des représentants du régime agricole et 15 % à des représentants du régime des indépendants.

Lors d'une délibération, un représentant de l'assurance maladie peut disposer de trois voix au maximum pour respecter la parité entre sections.

Siègent également, à titre consultatif, un représentant de l'Etat, et à titre de personnalités qualifiées, deux représentants de la fédération française des maisons pluri-professionnelles et pôles de santé (FFMPS) de deux professions différentes et une personnalité qualifiée au regard de son expérience et de ses compétences en économie de la santé.

8.2. Missions du comité national de pilotage

Le comité national de pilotage a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local, en application du présent règlement arbitral. Il permet d'organiser la concertation et assure le suivi régulier des différentes dispositions du présent règlement arbitral.

Le comité national de pilotage a notamment pour fonction de :

- veiller au respect des dispositions du présent règlement arbitral au niveau national ;
- émettre un avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'un comité régional ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 2 ;
- valider le cadre du suivi et des évaluations défini par l'assurance maladie et émettre un avis sur les conclusions relatives à ceux-ci.

Au plus tard un an après la date de publication du présent règlement arbitral, l'assurance maladie

s'engage à définir et mettre en œuvre un programme d'évaluations du dispositif de rémunération des structures de santé prévu dans ce règlement arbitral, et à le communiquer au comité de pilotage. Elle rendra compte de l'avancement des travaux à intervalles réguliers au comité national de pilotage et lui présentera les conclusions des évaluations au plus tard le 30 juin 2019.

8.3. Fonctionnement du comité de pilotage

Le comité de pilotage est mis en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent règlement arbitral. Il se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Le comité de pilotage adopte un règlement intérieur lors de sa première réunion. Ce règlement intérieur est également applicable aux comités régionaux de suivi des structures pluri-professionnelles.

Article 9

Création de Comités régionaux de suivi des structures pluri-professionnelles

Des comités régionaux sont mis en place pour assurer le suivi du présent règlement arbitral au niveau régional.

9.1. Composition des comités régionaux

La composition des deux sections des comités régionaux est identique à celle définie à l'article 8.1 pour le comité national de pilotage.

Assistent également aux réunions des comités régionaux à titre consultatif :

- un représentant de l'agence régionale de santé ;
- un représentant désigné par les unions régionales des professionnels de santé (URPS) des professions concernées par le présent règlement arbitral ;
- le représentant des structures siégeant à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, choisi parmi les responsables des centres, maisons et pôles de santé.

En cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'un comité régional, le comité national de pilotage peut être saisi.

9.2. Missions des comités régionaux

Les comités régionaux ont pour mission d'assurer le suivi du présent règlement arbitral au niveau régional.

Les comités régionaux ont notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent règlement arbitral au niveau régional ;
- émettre des avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2 ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2 ;
- émettre des avis dans les conditions définies à l'article 10.

Article 10

Procédure de consultation des comités régionaux et du comité national de pilotage

10.1. Motifs de saisine

a) Saisine par une structure non retenue pour signer un contrat conforme au contrat-type défini en annexe 2.

Une structure non retenue pour signer un contrat conforme au contrat-type défini en annexe 2 avec un organisme local d'assurance maladie et une agence régionale de santé, dans la mesure où ces derniers ont estimé qu'elle ne répondait pas aux conditions définies à l'article 2, a la possibilité de saisir le comité régional de son lieu d'implantation. La saisine doit avoir lieu dans un délai de deux mois suivant la réception du courrier notifiant le refus de contractualisation.

b) Saisine en cas de procédure de résiliation du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2 initiée par l'organisme local d'assurance maladie.

Dans le cas où l'organisme local d'assurance maladie a initié une procédure de résiliation du contrat à l'encontre de la structure dans les conditions définies à l'article 7, la structure a la possibilité de saisir le

comité régional dans un délai de deux mois après réception de la lettre de notification de la résiliation.

10.2. Procédure d'avis auprès du comité régional et du Comité national de pilotage

Le comité régional saisi dans les conditions définies au présent article peut demander des compléments d'information à la structure, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé. Des représentants de la structure peuvent également être entendus s'ils en expriment le souhait.

Le comité régional se réunit dans un délai de deux mois à compter de la réception de sa saisine par la structure. L'avis du comité est rendu dans un délai de trente jours à compter de la tenue de cette réunion. Il est communiqué à la structure à l'origine de la saisine, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'avis du comité régional ou à l'issue du délai laissé à ce dernier pour notifier son avis, l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé notifient à la structure leur nouvelle décision, prise après avis du comité, quant à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2 ou quant à la décision relative à la résiliation du contrat.

RÉMUNÉRATI ON/ axe	RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points	RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4000 patients	TOTAL nombre de points pour 4 000 patients
Rémunération prérequis pour déclencher la rémunération (1)	SOCLE critères 2 550	2 500	5 050
1. Accès aux	3 Critères :	1 200	1 200

soins	<p>1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (2) et pendant les congés scolaires ;</p> <p>2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ;</p> <p>3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié</p> <p>Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée.</p>				

<p>2. Travail en équipe pluri-professionnelle</p>	<p>1 critère : Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.</p>	<p>500</p>	<p>1 critère : Concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé. Ces revues pluri-professionnelles portent sur des affections visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. Compte rendu intégré dans dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance</p>	<p>1 000</p>	<p>1 500</p>
---	--	------------	---	--------------	--------------

			maladie. Objectif : 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure sous réserve de leur consentement au partage d'information. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif.		
3. Système d'information	1 critère :	Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.			
		Partie fixe de la rémunération : 850	Partie variable de la rémunération : 2 350 1 500		
Rémunération OPTIONNELLE		1 450		900	2 350
1. Accès aux	4 critères :	250	1 critère (2700		1 600

soins	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine		missions maximum) : Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4). Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés		
	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires)	200			
	Offre d'une diversité de services de soins	225			

	<p>médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes)</p>	
	<p>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales</p>	<p>225</p>

	différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires)				
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 Critère : Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an)	450	1 Critère : Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la	200	650

			<p>transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.</p>		
3.	Système 1 Critère :	100			100

d'information	<p>Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2</p>				
<p>Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis</p>		4 000		3 400	7 400
<p>(1) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information).</p> <p>(2) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat</p>					

Annexe

ANNEXE 2

CONTRAT TYPE RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

Identification des signataires

Entre :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de XXXX

Et

Le directeur de l'agence régionale de santé de XXXXX

Et

La structure professionnelle, identification de la structure (nom, adresse, numéro FINESS de la société constituée)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Ou représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom

Ou

Le centre de santé (nom, adresse, numéro FINESS du centre de santé)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Vu le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au Journal officiel du

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au Journal officiel du prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluri-professionnelles et les centres de santé, les organismes locaux de l'assurance maladie et les agences régionales de santé peuvent s'engager dans une démarche en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins.

L'objectif du présent contrat est de :

- renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients ;
- améliorer l'articulation entre les services et établissements de santé, les structures et services médicosociaux et le secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;

- conforter l'offre de soins de premier recours.

Article 1er

Engagements de la structure

Afin d'assurer la qualité et l'efficacité des soins, la structure signataire du présent contrat s'engage à mettre en place une organisation susceptible d'améliorer la prise en charge des patients.

Dans le cas où la structure signataire du présent contrat n'est pas constituée à la date de signature dudit contrat sous la forme juridique requise pour la perception de rémunérations de l'assurance maladie en son nom, elle s'engage à se constituer sous cette forme dans un délai maximal de six mois à compter de la signature du présent contrat. Aucun versement de l'assurance maladie, y compris sous forme d'avance telle que définie à l'article 3 du présent contrat, ne peut intervenir au bénéfice de la structure avant que cette dernière ne soit constituée sous la forme juridique requise.

Dans cette hypothèse, une fois la structure constituée sous la forme requise pour la perception de rémunérations de l'assurance maladie en son nom, un nouveau contrat, identique dans ses termes au précédent, est signé avec le représentant de la structure.

Le projet de santé de la structure est annexé au présent contrat ainsi que la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure ou la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé signataire.

La structure doit informer l'organisme local d'assurance maladie, une fois par an, des modifications intervenant dans cette liste.

1.1. Accès aux soins

Engagements socle

1.1.1. Amplitude des horaires d'ouverture :

Assurer des horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires : de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat, y compris

durant les périodes de congés scolaires et délivrer aux patients, en dehors de ces heures d'ouverture, une information claire et accessible, sous la forme, notamment d'un message d'accueil téléphonique.

1.1.2. Accès à des soins non programmés :

Permettre, chaque jour ouvré, l'accès à des soins non programmés.

1.1.3. Fonction d'accueil et de coordination :

Mettre en place une fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, information des patients sur leurs droits, etc.) avec un responsable identifié.

Une charte d'engagement conforme au modèle figurant en annexe 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité formalise l'ensemble de ces engagements pris auprès des patients. Elle est affichée dans la structure et sur le site Ameli, dès lors que le service sur Ameli est opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à l'organisme local d'assurance maladie.

Engagements optionnels

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur les objectifs suivants afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire.

1.1.4. Missions complémentaires définies au niveau régional :

Participer à la réalisation de la mission de santé publique complémentaire en fonction des objectifs du projet régional de santé (PRS) pouvant répondre à un besoin spécifique de la région en matière de (2 choix au maximum parmi les thèmes figurant en annexe 4 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité). Les objectifs fixés et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre sont joints en annexe du présent contrat.

La dérogation aux horaires d'ouverture de 8 heures à 20 heures et le samedi matin, en fonction du dispositif régional de permanence des soins, dépend également du niveau régional.

1.1.5. Offre d'une diversité de services spécialisés et paramédicaux :

Assurer, dans les locaux, l'organisation de consultations de second recours par des médecins spécialistes ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes sur des créneaux horaires définis ; au moins un jour par semaine et possibilité d'une valorisation supplémentaire si ces créneaux de consultation sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein (ETP).

Offrir une diversité de services de soins médicaux spécialisés et/ou paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et/ou au moins 3 professions paramédicales différentes).

Dans ce cadre, la structure doit transmettre à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.). Ces documents précisent le temps d'intervention dans la structure de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé est vérifiée par l'organisme local d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé intervenant au sein de la structure fournie conformément aux dispositions de l'article 1er.

1.2. Travail en équipe pluri-professionnelle

Engagements socle

1.2.1. Revues de dossiers :

Organiser régulièrement (en moyenne une fois par mois) une concertation formalisée entre les médecins et les autres professionnels de santé de la structure autour des dossiers de certains patients dont les affections correspondent aux thèmes suivants (prévus à l'article 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité) :

- patients porteurs d'affections sévères décompensées ou compliquées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;

- patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelles est susceptible de prévenir la désinsertion socio-professionnelle : lombalgies chroniques ; syndrome dépressif ;

- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie,
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Un compte rendu de ces revues de dossiers doit être intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique. Ces comptes rendus sont, à sa demande, mis à disposition du service médical de l'Assurance Maladie.

Si la structure n'est pas encore équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 dans les conditions définies à l'article 3, elle transmet le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que la structure est équipée dudit système d'information, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation intégré dans leur dossier informatisé.

Les comptes rendus de réunions peuvent être transmis, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

1.2.2. Protocoles pluri-professionnels :

La structure élabore, en référence aux recommandations de la HAS, des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies définies supra. Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles peut être transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

Engagement optionnel

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur l'indicateur suivant afin de bénéficier d'une

rémunération complémentaire :

1.2.3. Coordination externe :

Transmettre les données médicales nécessaires (volet de synthèse médicale - VSM, informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge, etc.) aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires et médico-sociaux en cas d'hospitalisation ;

Ouvrir et alimenter un dossier médical électronique (notamment par le VSM) ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation en vigueur pour chaque patient hospitalisé ;

Transmettre, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, les données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison).

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

1.2.4. Formation de professionnels de santé :

Constituer un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an et selon les modalités propres à chaque profession.

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

1.3. Système d'information

Engagements socle

1.3.1. Partage et structuration de l'information :

Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 1 par l'ASIP, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées au plus tard au 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou pour les contrats signés en 2015, le 31 décembre 2016). Au-delà de cette date, les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre

les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année.

Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, cet engagement est réputé satisfait temporairement si les professionnels de la structure se dotent d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP, ou d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé. A compter du 1er janvier 2017, la mise en place d'un système d'information labellisé par l'ASIP est obligatoire.

Utiliser une messagerie sécurisée, qui sera intégrée au logiciel métier dès lors que les conditions techniques le permettront, pour l'échange d'information entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, que ceux-ci exercent au sein ou à l'extérieur de la structure.

La rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Dès lors que la structure est équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

Engagement optionnel

1.3.2. Système d'information à fonctions avancées :

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur l'objectif suivant afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire :

Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 2 par l'ASIP,

administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées.

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

Article 2

Modalités de vérification du respect des engagements du contrat

La structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus à l'article 1er du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin, et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat.

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé. Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales définies à l'annexe 4 du règlement arbitral. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

Article 3

Conditions de versement de la rémunération

En contrepartie du respect des engagements définis dans l'article 1 du présent contrat, l'organisme local d'assurance maladie s'engage à verser à la structure une rémunération dans les conditions définies au présent article.

Cette rémunération n'est pas due lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement.

3.1. Les modalités de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements relevant des trois axes définis à l'article 1er du présent contrat : accès aux soins, travail en équipe pluri-professionnelle et systèmes d'information.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Elle comprend une rémunération de base liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socle et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Les deux niveaux de rémunération (socle et optionnel) comportent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la patientèle de la structure définie ci-dessous).

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, sont estimés remplis les prérequis si l'ensemble des trois critères socle de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information) sont respectés.

La rémunération est calculée en fonction des points correspondant aux critères remplis.

A partir du 1er janvier 2017, l'ensemble des prérequis indiqués dans le tableau du point 3.2 doivent être respectés pour déclencher la rémunération.

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients :

5 050 points pour le niveau socle, dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle),

2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie pour une structure de référence pour laquelle la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure, au cours de l'année de référence, est égale à 4 000.

Dans l'hypothèse d'une modification des dispositions législatives sur la désignation d'un médecin traitant, la règle de prise en compte de la patientèle des enfants reste applicable pour le calcul de la rémunération au titre de l'année civile suivant celle d'entrée en vigueur desdites dispositions législatives.

La partie variable de la rémunération est calculée au prorata de la patientèle ainsi calculée pour la structure, par rapport à la patientèle de référence de 4 000 patients, définie ci-dessus.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMUC-C, d'une part, et de l'AME, d'autre part, ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure.

Pour les patients bénéficiaires de la CMUC-C, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5 %, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4 %, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.

3.2. Le contenu de la rémunération

RÉMUNÉRATION/ axe	RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points	RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4 000 patients	TOTAL nombre de points pour 4 000 patients
Rémunération prérequis pour déclencher la rémunération (3)	SOCLE critères 2 550	2 500	5 050
1. Accès aux soins	3 critères : 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (4) et pendant les congés scolaires, 2. Accès à des soins non programmés chaque jour	1 200	1 200

	<p>ouvré,</p> <p>3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié</p> <p>Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée.</p>				
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	<p>1 critère :</p> <p>Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les</p>	500	1 Critère :	1 000	1 500
			<p>Concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé. Ces revues pluri-professionnelles</p>		

	<p>pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.</p>		<p>portent sur des affections visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.</p> <p>Compte rendu intégré dans dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie.</p> <p>Objectif : 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure sous réserve de leur consentement au partage d'information.</p> <p>Taux de réalisation</p>		
--	--	--	---	--	--

			calculé par rapport à cet objectif		
3. Système d'information	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la 2e année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.				
		Partie fixe de la rémunération : 850	Partie variable de la rémunération : 1 500		2 350
Rémunération OPTIONNELLE		1 450		900	2 350
1. Accès aux soins	4 critères : Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine	250	1 critère (missions maximum) : Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe	2700	1 600

			4). Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés	
	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage- femme ou chirurgien- dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires)	200		
	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales	225		

	différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes).				
	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires).	225			
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 critère : Formation des	450	1 critère : Mise en place	200	650

	<p>jeunes professionnels de santé (2 stages/an).</p>		<p>d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de</p>		
--	--	--	---	--	--

			santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.		
3. Système d'information	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2	100			100
Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis		4 000		3 400	7 400

(3) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des 2 autres axes (travail en équipe ou système d'information).

(4) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat.

3.3. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par la structure (cf. article 2 du présent contrat) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, l'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 2 du contrat.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 1er du présent contrat).

3.4. Les modalités de versement d'une avance

Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avances est mis en place.

Pour la première année une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de deux mois suivant la signature du présent contrat, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socle tels que définis à l'article 1 du présent contrat, en prenant en compte le volume de patientèle de référence de la structure (patientèle constatée au 31 décembre de l'année n - 1 par rapport à l'année de référence) pour les engagements pondérés par le volume de la patientèle, sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement.

Par exception, pour les structures signataires du contrat qui étaient incluses dans l'expérimentation des

nouveaux modes de rémunération en 2014, l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de ladite expérimentation.

Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 5 du présent contrat ; dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération dans les conditions définies à l'article 3 conduit à un versement inférieur au montant de l'avance voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

3.5. Mise en place d'une phase transitoire pour les structures incluses dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Afin de faciliter la gestion de la phase transitoire entre le dispositif des ENMR et le dispositif du règlement arbitral, dans le cas où le montant de la rémunération dû à la structure signataire du contrat, calculé conformément aux nouvelles modalités de rémunération définies à l'article 3.2 du présent contrat, est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014 par la structure dans le cadre des ENMR, cette dernière perçoit une somme complémentaire.

Au titre de l'année 2015, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant au différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Au titre de l'année 2016, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Article 4

Durée du contrat et conclusion d'avenants

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

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

Article 5

Modalités de résiliation du contrat

La structure signataire du présent contrat a la possibilité de le résilier en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

Dans cette hypothèse, aucune rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat ne peut être perçue par la structure au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue.

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs définies à l'article 2 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération et ce, sur deux années consécutives. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie. Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir le comité régional de suivi des structures pluri-professionnelles du lieu d'implantation de la structure dans les conditions définies à l'article 10 du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Le contrat fait l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure est bénéficiaire d'un autre accord, contrat, convention ou règlement comportant une rémunération au titre des engagements identiques à ceux dudit contrat.

Fait à XXXX en XXXX [nombre de signataires] exemplaires le XXXX,

Pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de XXXX

Pour le directeur de l'agence régionale de santé de XXXXX

Pour la structure pluri-professionnelle, identification de la structure (nom, adresse, numéro FINESS de la société constituée)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Ou représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom

Pour le centre de santé (nom, adresse, numéro FINESS du centre de santé)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Annexe

ANNEXE 3

CHARTRE D'ENGAGEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ XX OU DU CENTRE DE SANTÉ XX

La maison de santé ou le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Les professionnels de santé de notre maison (ou centre) s'organisent pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires

Nous vous accueillons de 8 heures à 20 heures du lundi au vendredi et le samedi matin de 8 heures à 12 heures et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes

En dehors de ces horaires d'ouverture, la maison ou le centre est joignable au numéro suivant Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en maison de santé ou /centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de à .

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels de la maison ou / centre amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs à la maison ou/centredont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

Annexe

ANNEXE 4

MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE COMPLÉMENTAIRES DÉFINIES EN FONCTION DES OBJECTIFS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Dans le cadre de l'article 4 du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité, des missions de santé publique peuvent permettre aux structures de bénéficier d'une valorisation complémentaire, sous réserve de répondre à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) et d'avoir fait l'objet d'une contractualisation avec l'organisme local

d'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

Les structures pluri professionnelles peuvent, lorsque ces actions figurent dans les priorités définies régionalement dans le PRS, percevoir une rémunération complémentaire (dans les conditions définies à l'article 4 et à l'annexe 1 du règlement arbitral) pour participer aux actions suivantes concernant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé :

Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires (5). L'insuffisance de couverture vaccinale s'accroît avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins (6).

Lutte contre la tuberculose

La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population : sujets âgés, populations en situation de précarité, migrants (7). Les cas déclarés en France sont assez fortement concentrés géographiquement : en 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Surpoids et obésité chez l'enfant

En 2006 en France, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses (8).

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte (9), en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures dans les populations défavorisées.

Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression (10) ; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Le recours fréquent aux comportements addictifs conduit plus ou moins rapidement à aggraver le processus (11). Les adolescents les plus démunis sont les plus sujets aux conduites addictives.

Prévention du suicide

Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide.

La baisse de mortalité par suicide observée ces dix dernières années a été plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais le taux de décès par suicide a augmenté pour les hommes de 45-54 ans. D'importantes disparités régionales ont été constatées, les régions de l'Ouest et du Nord étant très nettement au-dessus de la moyenne nationale.

Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (12), dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires (13) peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

Prévention périnatale

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie et de travail des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. La prématurité représente, en France, 6,6 % des naissances vivantes et est en augmentation (14).

Education thérapeutique et éducation à la santé

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants (15) ; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'Assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA ».

(5) Source INVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>. (6) Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR. (7) Source INVS 2012. (8) Sources : étude ObEpi-Roche 2012 ; données INSERM et OMS. (9) Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études. (10) Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité... (11) Etude du Fonds des Nations unies pour l'enfance menée en France au printemps 2014 : plus de 41 % des plus de 15 ans disent boire de l'alcool et avoir déjà été en état d'ivresse, et près de 32 % avoir déjà pris de la drogue ou fumer du cannabis. (12) HAS " Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? " juin 2013. (13) Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante... (14) 22 % de naissances prématurées de plus en 15 ans. (15) Environ 15 millions actuellement.

VERNUS Anne-Lise : Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux.

104 pages.7 tableaux.

Th. Méd : Lyon N° /2015

Résumé :

La réorganisation actuelle des soins de santé primaire en France s'accompagne du développement des structures d'exercice coordonné et de nouvelles missions de santé pour les pharmaciens. L'objectif de cette étude était d'identifier l'ensemble des maisons et pôles de santé (MSP et PSP) en activité intégrant des pharmaciens, et de décrire leur organisation et leur fonctionnement.

Méthodes. - Cette étude a inclus les MSP et PSP métropolitains en activité au deuxième semestre 2013, intégrant un ou plusieurs pharmaciens. L'identification des MSP et PSP a été réalisée à partir des informations issues des ARS et de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire électronique.

Au total, 60 structures, dont 35 MSP et 25 PSP, intégraient des pharmaciens. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) étaient la principale forme de société choisie pour ces structures. La majorité des MSP et des PSP avait bénéficié de financements publics, principalement des ARS, et les propriétaires des murs des MSP étaient le plus souvent les collectivités territoriales. Les pharmaciens étaient systématiquement conviés à des réunions interprofessionnelles dans les MSP et PSP, et il existait souvent des protocoles de soins transversaux. Les pharmaciens n'avaient jamais accès au secrétariat partagé en MSP et rarement en PSP, et ils avaient inconstamment accès aux dossiers des patients dans les MSP et PSP.

Les pharmaciens sont actuellement présents dans près d'un quart des MSP et PSP, mais leur intégration dans ces structures est encore partielle.

MOTS CLES

Maisons de santé, pôles de santé, officine, coopération

JURY :

Président : Monsieur le Professeur COLIN, Faculté de Médecine Lyon Est

Membres : Monsieur le Professeur LETRILLIART, Faculté de Médecine Lyon Est

Madame le Professeur Attaché ERPELDINGER, Faculté de Médecine Lyon Est

Madame le Professeur VINCIGUERRA, Faculté de Pharmacie Lyon

Monsieur le Docteur FLOJAC, Pharmacien de la Maison de santé de Pont-d'Ain

DATE DE SOUTENANCE : 17 décembre 2015.

Adresse de l'auteur : 144 Avenue des frères Lumière, 69008 LYON

alisevernus@gmail.com
