

Guide pour la conduite de projet de regroupement de professionnels de santé

SOMMAIRE

Contexte	p 3
Guide de conduite de projet.....	p 5
Annexe 1 : Pays à l'offre de soins incertaine	p 8
Annexe 2 : Cahier des charges type pour une étude faisabilité	p 11
Annexe 3 : Cahier des charges type pour la formalisation d'un projet de santé.....	p 13
Annexe 4 : Cahier des charges type pour la formalisation des choix techniques ...	p 16
Annexe 5 : Cahier des charges type d'une MSP	p 17
Annexe 6 : schéma récapitulatif du guide	p 20

CONTEXTE

En France, si le nombre actuel de médecins est satisfaisant, ils sont mal répartis sur le territoire national dans les régions et les départements. Ce constat est vrai pour la plupart des professions de santé de proximité.

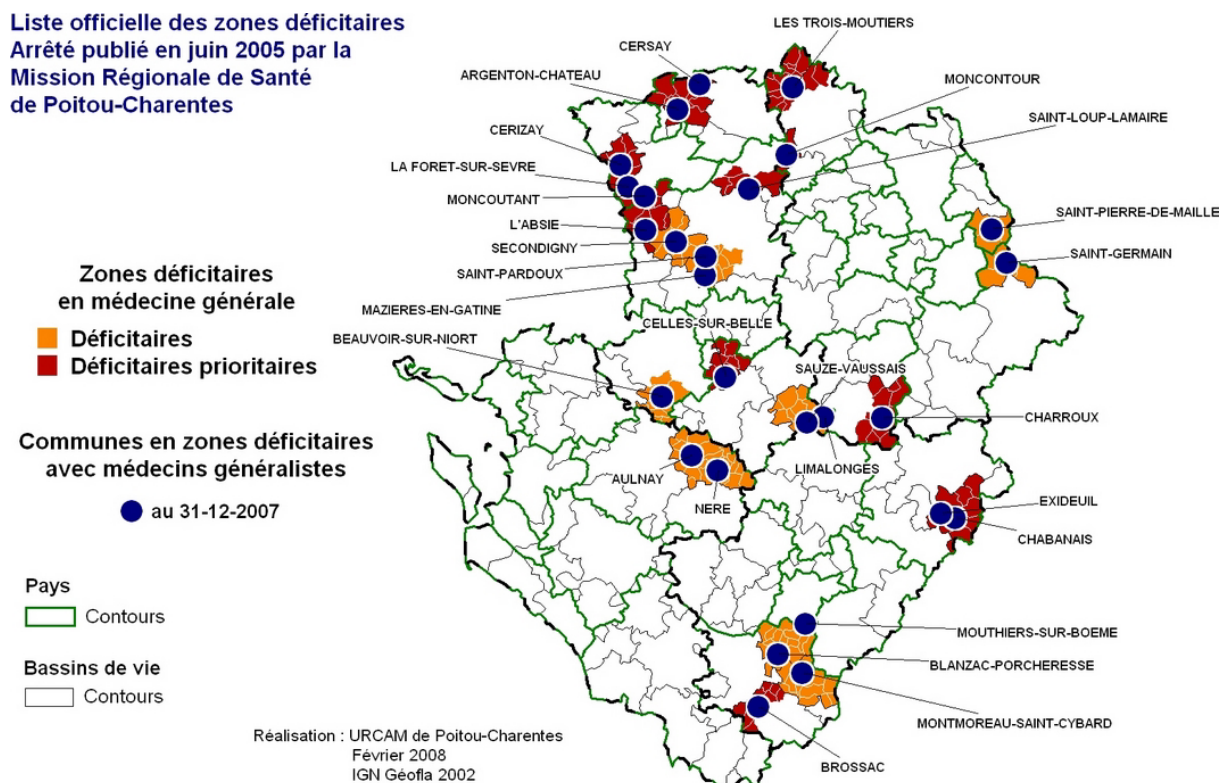
Même si les densités régionales des professionnels de santé sont assez proches des valeurs françaises, la région Poitou-Charentes, comme les autres régions, est marquée par une inégalité de répartition au niveau départemental et infra-départemental.

Ainsi, la Charente-Maritime est privilégiée par rapport aux autres départements en terme de densité mais connaît elle aussi une inégalité importante entre sa partie littorale et l'intérieur de ses terres.

2005 Les zones déficitaires :

En juin 2005, la Mission Régionale de Santé a arrêté une première liste de zones déficitaires pour le Poitou-Charentes, déterminant ainsi 17 zones défavorisées pour la médecine générale.

Liste officielle des zones déficitaires
Arrêté publié en juin 2005 par la
Mission Régionale de Santé
de Poitou-Charentes



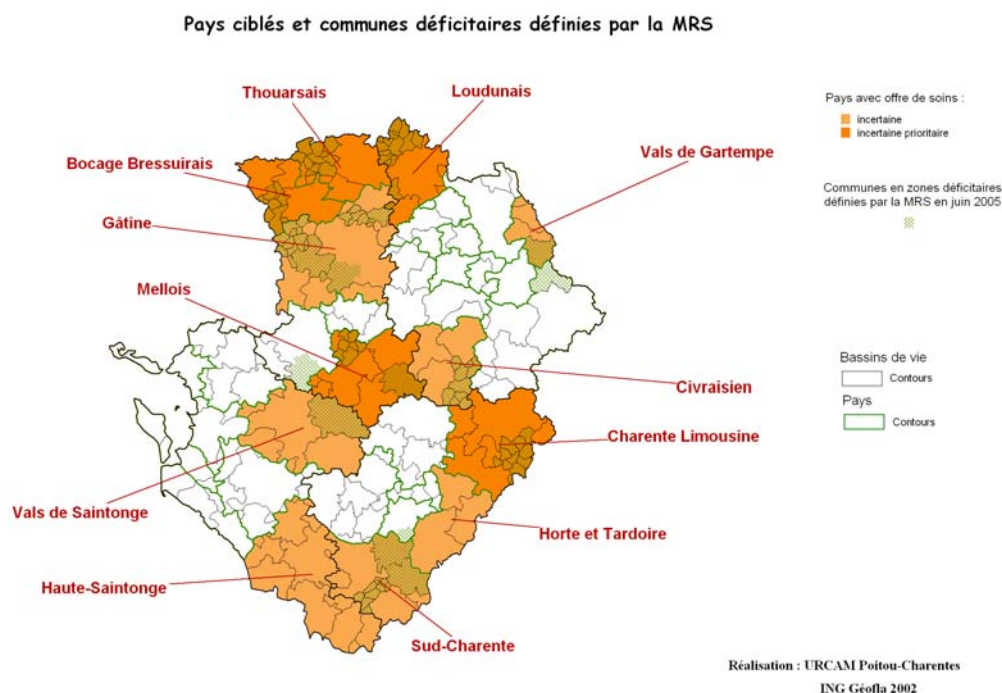
La crainte de l'isolement :

La parution de cet arrêté a été suivie d'un travail mené en collaboration avec la profession et les étudiants en médecine pour déterminer les freins à l'installation en zone rurale des jeunes praticiens. Le principal frein identifié a été la crainte de l'isolement professionnel. L'une des réponses proposées est d'envisager un regroupement des professionnels de santé de proximité et pas seulement des médecins.

Les zones déficitaires et ce constat ont donc été le point de départ de travaux menés localement, en collaboration avec les élus des Pays, afin de les sensibiliser et de faire naître des projets de regroupement.

2008 : Les pays à l'offre de soins incertaine :

Ces années de travail local, ont conduit la MRS à mener en 2008 une réflexion nouvelle. Les travaux concernent un territoire plus vaste qu'en 2005, le Pays, au lieu du bassin de vie. En effet, ce territoire semble être le plus opérationnel pour mener une réflexion globale sur des projets de regroupement. Cette réflexion nouvelle porte sur les 4 professions de proximité (médecins généralistes, infirmières, masseurs – kinésithérapeutes et dentistes) qu'il semble utile de regrouper, et non plus sur le seul médecin généraliste. Ainsi, la MRS a déterminé une nouvelle carte présentant les pays où l'offre de soins est incertaine et où la MRS juge opportun a priori d'accompagner voire de provoquer, ce type de projet.



La carte ci-dessus montre à la fois les pays présentant une offre de soins incertaine en 2008 et les zones déficitaires de juin 2005.

Ces travaux donnent donc une nouvelle impulsion à la politique de la Mission Régionale de Santé sur ce champ. Ils doivent permettre de clarifier pour l'ensemble des partenaires les zones dans lesquelles la MRS va pouvoir s'investir pour accompagner les projets de regroupements de professionnels de santé.

LE GUIDE DE CONDUITE DE PROJET

Enfin, la rédaction de ce guide de conduite de projet pour les regroupements de professionnels de santé s'inscrit dans cette même logique d'accompagnement choisi et raisonné.

Un projet, pour prétendre obtenir une aide de la MRS, devra suivre le déroulé de conduite de projet présenté dans ce document.

Sept étapes ont été identifiées à partir du moment où une volonté de regroupement des professionnels de santé est exprimée.

Chacune des quatre premières étapes devra faire l'objet d'une validation de la MRS avant d'envisager la poursuite du projet.

ETAPE N°1 : Etude d'opportunité

La MRS, si elle est sollicitée pour un projet sur un territoire doit se prononcer sur l'opportunité d'un regroupement dans le territoire considéré avant d'envisager de recevoir le porteur du projet ou de se déplacer pour une première réunion.

Le choix sera un choix lié au territoire et s'appuiera sur les travaux réalisés en 2008 qui déterminent les pays où l'offre de soins est incertaine. Ces travaux sont présentés en Annexe N° 1.

D'autres critères pourront entrer en ligne de compte comme notamment l'existence ou non sur le territoire concerné d'autres projets déjà aboutis ou en cours de réflexion.

La MRS fera une réponse écrite au promoteur qui l'aura saisie.

Une réponse positive permet d'envisager la phase 2. Une réponse négative implique un retrait de la MRS de ce projet.

ETAPE N° 2 : Etude de faisabilité

Si l'étape N° 1 a permis de montrer l'intérêt d'un regroupement de professionnels de santé sur le territoire pour assurer une offre de soins pérenne pour les années à venir, l'étape N° 2 doit permettre de valider ou d'infirmer l'existence de volontés partagées sur le territoire concerné.

Cette volonté devra être celle d'un noyau dur de professionnels de santé déjà installés ou prêts à s'installer sur la zone regroupant a minima deux médecins généralistes et deux professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes).

Un ou plusieurs leaders capables de fédérer leurs confrères autour d'un projet commun devront être identifiés.

Cette volonté devra être partagée, dans le cas d'une maîtrise d'ouvrage publique envisagée, par les élus locaux, (commune, communauté de communes, pays, conseil général) dans un esprit consensuel d'intérêts communs.

Cette étape peut être réalisée par la MRS elle-même (ou ses partenaires) si elle a assez d'éléments en sa possession pour se prononcer, ou bien faire l'objet d'une demande de la MRS au porteur de projet. Ce dernier aura alors le choix de faire appel à un prestataire externe capable de répondre à cette problématique ou bien de fournir lui-même à la MRS les éléments permettant une décision éclairée.

Dans l'hypothèse où il est fait appel à un prestataire externe, un financement FIQCS pourra être envisagé.

L'étude de faisabilité devra s'appuyer sur le cahier des charges joint en annexe N° 2.

ETAPE N° 3 : Formalisation d'un projet de santé commun

Lorsque l'étape N° 2 a été validée, le porteur de projet doit ensuite, avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués et identifiés à l'étape N° 2, rédiger ou faire rédiger un projet de santé.

Le résultat attendu est la création d'une équipe pluridisciplinaire ayant identifié des valeurs communes, fédérée autour de ces valeurs et partageant des objectifs communs. Ces objectifs de prise en charge coordonnée du patient seront le fondement du projet de santé.

La constitution d'une association entre les professionnels peut être le point de départ, une étape ou au contraire l'aboutissement de cette phase. Elle sera en tout état de cause un préalable indispensable à l'obtention d'un financement sur le FIQCS. L'association peut être une association de type loi 1901 ou tout autre regroupement formalisé de Professionnels de Santé.

Le projet de santé devra être soumis à la MRS et validé pour passer à l'étape suivante.

Cette étape peut être réalisée par le porteur de projet lui-même ou bien il peut faire appel à un prestataire.

Dans cette hypothèse, un financement FIQCS pourra être envisagé. L'étude de faisabilité devra s'appuyer sur le cahier des charges joint en annexe N° 3.

ETAPE N° 4 : Formalisation des choix techniques

Il s'agit de traduire en pratique les souhaits des professionnels et de déterminer avec eux les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'ils auront fixés à l'étape 3.

Le prestataire devra s'attacher à distinguer les besoins réels des besoins ressentis et/ou exprimés.

La mutualisation et le partage de moyens devra être une préoccupation constante à cette étape.

Le choix du lieu optimal d'implantation devra être déterminé lors de cette étape. Ce choix devra tenir compte de l'accessibilité maximale pour le bassin de population visé mais aussi de l'existant. En collaboration avec les élus, le choix pourra éventuellement s'opérer entre la réhabilitation de locaux existants ou une construction neuve.

Le même prestataire, dans l'hypothèse où un prestataire est retenu, peut être choisi pour les étapes 3 et 4.

Dans cette hypothèse un financement FIQCS pourra être envisagé. Cette formalisation devra alors s'appuyer sur le cahier des charges joint en annexe N° 4.

A l'issue de cette étape un livrable sera rendu, sous la forme d'un cahier des spécifications techniques qui servira de base à un cahier des charges permettant la consultation d'un architecte ou d'un programmiste.

ETAPE N° 5 : Construction ou rénovation des locaux communs

Le FIQCS peut financer une partie des dépenses d'investissement : celles qui concernent l'aménagement des parties communes (mise en réseau, dossier patient...) Voir fiche en annexe N° 5.

Mais, en ce qui concerne les dépenses d'investissement, les principaux financeurs sont les collectivités territoriales (Région , Conseil général).

ETAPE N° 6 : Installation des PS dans la nouvelle structure

ETAPE N° 7 : Evaluation

Un an après l'installation, une évaluation devra être réalisée si un financement FIQCS a été apporté à l'une ou l'autre des étapes précédentes. Dans l'hypothèse où cette phase nécessite le recours à un prestataire, les coûts engendrés pourront à leur tour faire l'objet d'un financement FIQCS. Cette évaluation devra alors s'appuyer sur un cahier des charges qui sera à construire pour chaque projet en fonction des objectifs retenus à l'issue de l'étape N°3. Il s'agira essentiellement de mesurer le degré d'atteinte des objectifs identifiés dans ce projet de santé.

ANNEXE 1

Pays à l'offre de soins incertaine

Méthodologie :

L'objectif est de déterminer si un pays présente une fragilité au niveau de son offre de soins.

12 critères sont retenus (voir page suivante). S'ils sont remplis, 6 de ces critères attribuent un point au pays et les 6 autres critères sont des Bonus ou Malus. Pour chaque Pays, l'indicateur synthétique est la **somme** des points obtenus pour chaque critère.

Les densités sont exprimées pour 10 000 habitants.

"+" : la valeur de l'indicateur est supérieure de 10% à la valeur régionale.

"-" : la valeur de l'indicateur est inférieure de 10% à la valeur régionale.

Sources de données :

Base ERASME : pour les professionnels de santé actifs au 31/03/2008 et les soldes migratoires

INSEE : pour la population estimée à 2006.

Données 2006 de CartoS@nté : pour l'activité moyenne et les flux des bénéficiaires consommateurs.

Résultats :

12 pays ont un indicateur **supérieur ou égal à 5**, soit un peu plus du tiers des pays de la région.

En Deux-Sèvres, les deux tiers des pays ressortent. Pour la Charente, presque la moitié de ses pays sont dans ce cas.

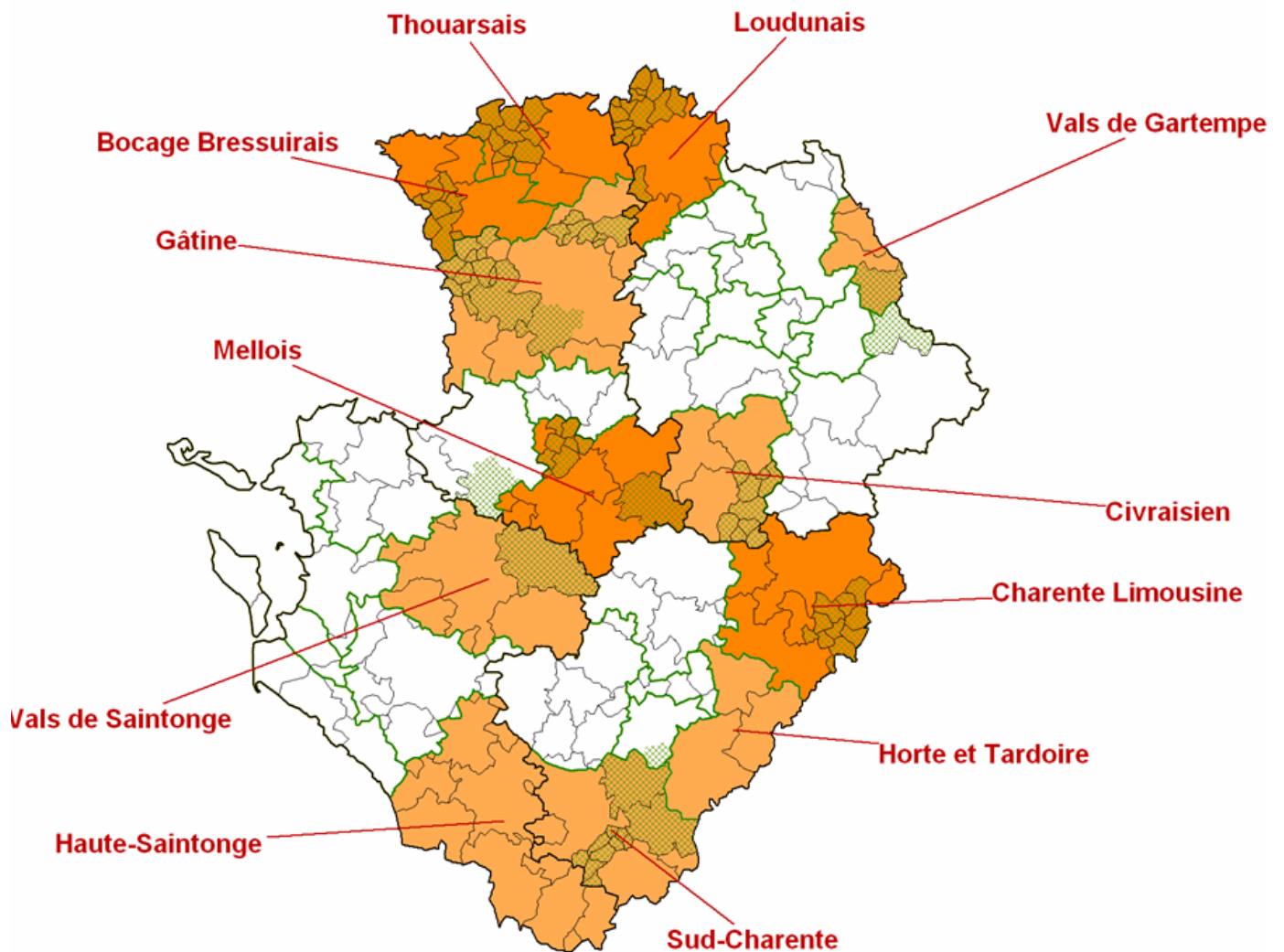
La Vienne et la Charente-Maritime qui dénombrent un peu plus de pays en totalité, ont respectivement trois et deux pays avec un indicateur supérieur ou égal à 5.

Les critères qui distinguent les pays avec un indicateur élevé sont principalement :

- **un solde négatif** entre les cessations et installations des professionnels de santé au cours des 3 dernières années,
- de manière plus atténuée, **une faible densité** de professionnels couplée avec une **proportion importante de professionnels de plus de 55 ans**.

Critères pour le calcul de l'indicateur synthétique	Point(s) attribués	Bonus /Malus
Sur les Professionnels de santé		
Médecins généralistes : - %+55ans supérieur à la valeur régionale et la densité inférieure à la densité régionale OU - la densité inférieure à la densité régionale et présence d'une activité de thermalisme dans le pays	1	
Infirmiers : %+55ans supérieur à la valeur régionale et la densité inférieure à la densité régionale	1	
Masseurs Kinésithérapeutes : %+55 ans supérieur à la valeur régionale et la densité inférieure à la densité régionale	1	
Chirurgiens Dentistes : %+55 ans supérieur à la valeur régionale et la densité inférieure à la densité régionale	1	
Le solde des cessations-installations au cours des 3 dernières années de professionnel de santé est négatif pour au moins une catégorie hors médecin généraliste		+2
Le solde des cessations-installations de professionnels de santé au cours des 3 dernières années des médecins généralistes est négatif		+3
Le solde des cessations-installations au cours des 3 dernières années des médecins généralistes est négatif et celui au moins d'une autre catégorie est négatif		+4
Sur la Population		
%+75 ans supérieur à la valeur régionale et évolution 2006/1999 de la population supérieure à 2%	1	
% + 60 ans et plus ET %+75 ans inférieurs aux valeurs régionales		-1
Nombre d'habitants au Km2 supérieur de 10% à la densité régionale		-1
Nombre d'habitants au Km2 inférieur de 10% à la densité régionale		+1
Sur l'activité moyenne		
Pour au moins 2 catégories de professionnel de santé, l'activité moyenne par PS est supérieure de 10% à l'activité moyenne régionale	1	

Pays ciblés et communes déficitaires définies par la MRS



Réalisation : URCAM Poitou-Charentes

Pays avec offre de soins :

- incertaine
- incertaine prioritaire

Bassins de vie

Contours

Pays

Contours

Communes en zones déficitaires
définies par la MRS en juin 2005



ANNEXE 2

Cahier des charges type pour une étude de faisabilité

Note liminaire : Il s'agit d'un cahier des charges type qui doit être adapté à la spécificité de chaque projet.

Il comporte néanmoins les questions auxquelles chaque promoteur doit être en mesure de répondre pour passer à l'étape suivante.

Résultat attendu :

Le promoteur ou le prestataire choisi devra répondre à l'ensemble de ces questions :

Qui sont les professionnels intéressés ?

Qui sont les professionnels déjà installés dans le territoire du regroupement ?

Quelle est la proportion des PS déjà installés dans le territoire et intéressés ?

L'offre de soins sur les territoires limitrophes a-t-elle été prise en compte ?

Une coordination avec ces territoires est-elle prévue ?

D'autres professionnels hors territoires sont-ils inclus dans le projet ?

Si oui, sont ils déjà installés ? et si oui préciser où ? ou s'agit il d'une première installation ?

Qui est (ou qui sont) le(s) leader(s) capable(s) de fédérer les PS ?

Existe-t-il, parmi les PS installés, des opposants déclarés ou supposés à ce projet ?

Qui sont les élus favorables au projet ?

Qui supportera la maîtrise d'ouvrage dans le cas d'une construction publique ?

Existe-t-il parmi les élus concernés des opposants déclarés ou supposés à ce projet ?

En conclusion, les volontés locales sont elles suffisantes pour aboutir ?

Un consensus semble t-il se dégager sur la nécessité d'aboutir ?

La réponse à l'appel d'offre devra comporter :

- une proposition méthodologique décrivant les modalités d'intervention dans le cadre du projet
(Nombre prévisionnel de journées d'intervention, organisation de la concertation, techniques d'animation,...)
- un tarif forfaitaire d'intervention à la journée (frais de déplacement compris)
- des références qui permettront d'évaluer la compétence et l'expérience du consultant au regard des attendus de la mission

Livrables :

Le prestataire devra fournir :

- Un rapport de mission fournissant la réponse à l'ensemble de ces questions et suffisamment d'arguments permettant à la MRS d'effectuer un choix éclairé sur la faisabilité de ce projet et donc l'opportunité de continuer ou non.
- Une liste des professionnels du territoire précisant pour chacun si le projet l'intéresse ou non.
- Une liste de tous les professionnels intéressés notamment pour recenser ceux qui le seraient hors territoire ou qui ne sont pas encore installés
- Une liste des élus concernés et leur degré de soutien
- Le nom de l'entité maître d'ouvrage pressentie.

ANNEXE 3

Cahier des charges type pour la formalisation d'un projet de santé commun

Note liminaire : Il s'agit d'un cahier des charges type qui doit être adapté à la spécificité de chaque projet.

La prestation attendue consiste à l'organisation d'une concertation entre les professionnels de santé souhaitant se regrouper pour les aider à :

- Identifier des valeurs communes
- Se fédérer autour de ces valeurs et d'objectif(s) commun(s)
- Ecrire les objectifs de leur projet de santé

Le résultat attendu est la création d'une « équipe » pluridisciplinaire motivée pour élaborer un projet de santé commun, et la définition des objectifs du projet de santé de cette équipe pluridisciplinaire.

La nature de la prestation est une mission d'animation, de concertation voire de médiation.

Le public de cette mission est un groupe de professionnels de santé libéraux. La dimension des groupes est variable.

Démarche souhaitée :

- Une réunion de mise en place pour présenter le but et les objectifs, la méthode de travail et obtenir l'accord des participants
- Recueil des attentes et des craintes de chaque participant pour mesurer son intérêt individuel et collectif pour le projet (*entretiens individuels ou réunion collective*)
- Réunions collectives d'animation et de synthèse pour
 - restituer le cas échéant la synthèse des entretiens individuels
 - identifier les valeurs communes
 - construire plusieurs scénarii avec identification des freins et leviers.
 - choisir les priorités du groupe.
 - définir les objectifs du projet de santé.

Projet de santé (à l'intention d'une population)	Projet professionnel (destiné aux professionnels)
Continuité des soins* (réponse organisée aux demandes de soins non programmés)	Organisation du travail Dossier informatique partagé Harmonisation des pratiques
Pérenniser l'accès aux soins de premier recours*	Accueil de professionnels de santé en formation
Prise en charge des maladies chroniques*	Optimisation des pratiques Coopérations interdisciplinaires Education thérapeutique
Prévention**	Dépistages et actions de prévention secondaire

* : Thèmes obligatoires

** : Thème optionnel, d'autres thèmes sont bien sûr possibles.

Résultat attendu :

Pour les professionnels de santé: Former une équipe :

- S'écouter, mieux se connaître et se respecter
- S'approprier collectivement un projet
- Choisir et reconnaître leurs(s) leader(s) : à l'issue de ces étapes, les professionnels qui partagent des objectifs communs seront prêts à créer une association promotrice du projet.
- Partager des objectifs généraux d'amélioration de la prise en charge coordonnée de la population du territoire du projet
- Définir leurs missions communes

Pour les financeurs: Adapter la suite de l'accompagnement, en repérant et en résolvant très tôt les difficultés.

- Identifier l'équipe promotrice du projet (les volontaires, les partagés, les non concernés, les opposants)
- Identifier les freins individuels ou collectifs :
 - Patrimoine,
 - Questions d'ordre juridique et/ou fiscale,
 - Problèmes relationnels entre professions
- Identifier les leviers individuels ou collectifs qui favoriseront la définition d'un objectif commun :
 - Ambition commune
 - Thématiques de santé pour lesquelles le besoin de coordination est prégnant
 - Historique
 - Etc.
- Mesurer la plus value de cette organisation par rapport à l'organisation professionnelle initiale
- Pouvoir décliner les objectifs de santé en objectifs opérationnels (voir tableau supra)

La réponse à l'appel d'offre devra comporter :

- une proposition méthodologique décrivant les modalités d'intervention dans le cadre du projet
(Nombre prévisionnel de journées d'intervention, organisation de la concertation, techniques d'animation,...)
- un tarif forfaitaire d'intervention à la journée (frais de déplacement compris)
- des références qui permettront d'évaluer la compétence et l'expérience du consultant au regard des attendus de la mission

Attentes vis-à-vis des prestataires :

- Engager les professionnels dans une démarche de qualité de prise en charge (susciter l'envie de travailler autrement)
- Laisser les participants s'exprimer librement
- S'assurer que tous les participants s'expriment
- Faire abstraction des cahiers des charges nationaux (ne pas chercher à faire entrer les professionnels dans un moule)
- Etre en capacité de gérer les conflits
- Etre le garant de la conduite de projet (ne pas mettre les moyens avant les objectifs)
- Définir un projet de santé collectif élaboré librement par les participants.

Rien n'interdit d'imaginer un projet de santé a minima, limité à l'optimisation de l'existant (soins non programmés et maladies chroniques), s'étoffant secondairement selon les souhaits des professionnels. Cette approche pragmatique permet de rassurer les candidats à la réalisation d'un projet de pôle.

Livrables :

- Rapport de mission validé par les professionnels de santé
- Les objectifs du projet de santé validé par les partenaires
- Document de synthèse à l'attention des seuls financeurs explicitant éventuellement les raisons pour lesquelles la mission n'a pas abouti. Cette synthèse devra être suffisamment précise pour permettre aux financeurs de juger de l'opportunité de poursuivre l'accompagnement ou les questions encore à résoudre avant de passer à l'étape 4
- Entretien oral avec les financeurs si nécessaire.
- Une réunion de restitution aux participants pourrait avoir lieu en présence du prestataire et des financeurs.

ANNEXE 4

Cahier des charges type pour la formalisation des choix techniques

Note liminaire : Il s'agit d'un cahier des charges type qui doit être adapté à la spécificité de chaque projet.

Il s'agit de traduire en pratique les souhaits des professionnels et de déterminer avec eux les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'ils auront fixés à l'étape 3.

Résultat attendu :

Le prestataire devra s'attacher à distinguer les besoins réels des besoins ressentis et ou exprimés.

La mutualisation et le partage de moyens devra être une préoccupation constante à cette étape.

Le choix du lieu optimal d'implantation devra être déterminé. Il devra tenir compte de l'accessibilité maximale pour le bassin de population visé mais aussi de l'existant et, en collaboration avec les élus, le choix pourra aussi éventuellement s'opérer entre la réhabilitation de locaux existants ou une construction neuve.

La réponse à l'appel d'offre devra comporter :

- une proposition méthodologique décrivant les modalités d'intervention dans le cadre du projet (Nombre prévisionnel de journées d'intervention, ...)
- un tarif forfaitaire d'intervention à la journée (frais de déplacement compris)
- des références qui permettront d'évaluer la compétence et l'expérience du consultant au regard des attendus de la mission

Livrables :

Le prestataire devra fournir un cahier des spécifications techniques qui servira de base à un cahier des charges permettant la consultation d'un architecte ou d'un programmiste.

Le livrable sera rendu non pas à la MRS mais à l'entité maîtresse d'ouvrage (commune, communauté de communes....)

ANNEXE 5

Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)

Définition :

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premier recours (soins primaires) :

- regroupant des activités médicales et paramédicales,
- favorisant les prises en charge coordonnées
- constituant une réponse à l'évolution des modes d'exercice

Analyse des besoins nécessaires :

L'implantation doit répondre à des critères précis :

- **Installation en zone déficitaire en offre de soins**

- implantées dans une zone déficitaire en offre de soins arrêtée par la Mission Régionale de Santé (art L162-47 du CSS)
- peuvent également être concernés des projets d'implantation dans des zones identifiées comme « fragiles » par les MRS.

- **En cohérence avec l'approche plus globale d'aménagement du territoire**

L'étude d'opportunité, préalable nécessaire à la création de toute MSP, doit permettre :

- la **justification du besoin d'une telle structure sur le secteur considéré,**
- la **cohérence du projet avec les projets d'aménagement** du territoire et les projets médicaux de territoire,
- la prise en compte éventuellement de **l'existence de zones de revitalisation rurale**, ou de pôles d'excellence rurale,
- l'inscription du projet dans les objectifs définis supra et **l'adhésion d'un nombre significatif** de professionnels exerçant sur la zone.

Fonctionnement :

- **Un « noyau dur » constitué de professionnels de santé de premier recours**

- médecins généralistes
- infirmières
- masseurs-kinésithérapeutes si possible
- pourront également intervenir dans le cadre de la MSP chirurgien dentiste, orthophoniste, sage-femme, pédicure-podologue, diététicienne, ...

- **Un lieu d'accueil pour**

- des consultations avancées de spécialistes
- des séances d'éducation thérapeutique organisées sur un mode pluridisciplinaire (le cas échéant, dans le cadre d'un réseau de santé pour les patients atteints de pathologies chroniques)
- les acteurs de la prévention (PMI...)
- une permanence des services sociaux, du CLIC, des services d'aides à domicile,...

- **Un fonctionnement « coordonné »**

- en articulation avec les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux,
- avec les services d'urgences (convention éventuelle pour l'accueil des « petites » urgences),
- avec les réseaux de santé (diabète, gérontologie, soins palliatifs,...) (mutualisation de certaines fonctions « support » des réseaux de santé intervenant sur le secteur).

- **Une participation à l'organisation de la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets**

la MSP jouera le rôle de maison médicale de garde dans la mesure du possible.

Organisation :

- **un statut juridique** compatible avec le projet professionnel
- **des locaux adaptés respectant** les normes/référentiels (hygiène, sécurité, environnement, ergonomie, protection incendie et accessibilité notamment aux personnes âgées et à mobilité réduite)
- **des locaux** nécessaires à l'exercice professionnel et intégrant une salle de réunion équipée et éventuellement, un logement permettant d'accueillir des remplaçants et des étudiants
- **des « engagements collectifs »** nécessaires portant notamment sur :
 - la participation de la MSP à la permanence des soins
 - l'organisation de la continuité des soins (en cas d'absences),
 - la participation à des actions de formation et d'évaluation des pratiques
 - la contractualisation sur des objectifs de qualité des soins et de maîtrise des coûts,
 - le respect des dispositions conventionnelles et réglementaires relatives aux tarifs des séances de soins
 - l'analyse des constats transmis par les caisses d'assurance maladie en matière de prescriptions et d'activité des professionnels intervenant au sein de la MSP
 - la participation à des actions de santé publique locales
 - la prise en charge pluridisciplinaire des patients qui le nécessitent.
- **une Charte de la MSP** précisant :
 - l'organisation de la prise en charge des patients lors de l'absence du professionnel de santé (congrés, formation, absences non programmées)
 - le partage des informations utiles à une prise en charge coordonnée (réunions de concertation, dossier médical des patients,...)
 - la mise en œuvre de pratiques protocolées.

Suivi et évaluation :

- Suivi budgétaire annuel et tableau de bord trimestriel de l'activité par catégorie de professionnels de santé transmis à l'URCAM
- Evaluation obligatoire au plus tard au terme de 3 années de fonctionnement.

Soutien financier :

- **les collectivités territoriales** (loi du 23/02/05 sur les territoires ruraux)
- **le FIQCS** mais sans être **le seul financeur du projet** :
 - aide à la conception du projet : études préalables ...
 - participe aux équipements (ex : investissements, aménagement)
 - aide au démarrage, aide limitée dans le temps et dégressive (fonctionnement)
 - participer aux dépenses d'évaluation du dispositif.

CE QU'EST UNE MSP	CE QUE N'EST PAS UNE MSP
Un projet collectif de santé formalisé médicaux	Une juxtaposition de cabinets
Un mode d'exercice permettant une prise en charge sanitaire multidisciplinaire	Un projet immobilier

