|  |  |
| --- | --- |
| I:\DIRECTION_GENERALE\COMMUNICATION\COM EXTERNE\EVENEMENTIELS EXTERNES\2015\Journee_qualite_securite_18112015\Invitation\ARS_NA_LOGO_RVB.jpg |  W:\CA-DCGDR-REGION ALPC\10_Service\Kit de communication\Logo_NA.jpg |

**DEMANDE D’ADHESION AU CONTRAT ISSU DE**

**L’Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)**

(Accord approuvé par arrêté en date du 24 juillet 2017, publié au JO du 5 août 2017)

Préambule

L’exercice regroupé et coordonné au sein d’équipes pluriprofessionnelles permet de :

* renforcer la prévention et améliorer la qualité et l’efficience de la prise en charge des patients ;
* améliorer l’articulation entre les établissements de santé et l’ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;
* conforter l’offre de soins de premier recours.

Ces regroupements peuvent prendre la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) mono-sites ou multi-sites ou de centres de santé.

L’expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (NMR), entre 2009 et 2014, a permis de tester des modes de rémunération complémentaires au paiement à l’acte, afin de financer notamment la coordination au sein des structures d’exercice coordonné.

Suite à l’évaluation positive de l’expérimentation, le règlement arbitral du 23 février 2015 a généralisé ces nouveaux modes de rémunérations.

Après deux années de fonctionnement, les partenaires conventionnels se sont entendus pour pérenniser ces modes de rémunération, dans le cadre d’un accord conventionnel interprofessionnel (ACI), approuvé par arrêté de la Ministre le 24 juillet 2017.

L’engagement des structures pluriprofessionnelles souhaitant adhérer au dispositif se traduit par la signature d’un contrat tripartite, conclu pour 5 ans, entre la maison ou le centre de santé, l’ARS et la CPAM du lieu d’implantation.

Equipes et structures concernées

Sont concernés par les dispositions de l’accord conventionnel interprofessionnel (ACI) les maisons de santé monosite ou multi-sites et les centres de santé.

Les structures éligibles doivent :

* avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé ;
* être constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ou s’engager à se constituer sous cette forme dans un délai maximum de 6 mois, à compter de la date de signature du contrat.

Présentation générale de la rémunération

Le contrat tripartite comporte des indicateurs et objectifs permettant de valoriser financièrement les engagements des structures adhérentes autour de 3 axes :

* l’accès aux soins ;
* la qualité et la coordination des soins (travail en équipe);
* le système d’information partagé.

Chaque engagement est associé à un nombre de points. La valeur du point est fixée à 7 euros.

**Le déclenchement de la rémunération est conditionné au respect des engagements socles et définis comme des prérequis** (horaires d’ouverture et soins non programmés, fonction de coordination et système d’information standard).

**Calcul de la rémunération fixe :**

Rémunération fixe = Nombre de points fixes x 7 euros.

D’autres engagements sont optionnels et viennent abonder la rémunération fixe.

Pour certains indicateurs, il est prévu également une valorisation basée sur un nombre de points variables en fonction de la patientèle.

**Calcul de la rémunération variable :**

Rémunération variable = nombre de points variables x patientèle de la structure/patientèle de référence (4000 patients) x 7 euros

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

Une fois le contrat signé, une avance est versée dans les trois mois par l’assurance maladie à la structure constituée en SISA. Le solde de la rémunération est versé au plus tard le 30 avril de l’année N+1 au regard des résultats définitifs constatés sur les critères.

La rémunération de certains indicateurs étant calculée sur le volume de la patientèle, l’identification précise des professionnels associés à la structure est indispensable.

**Dispositions spécifiques aux nouvelles structures :**

Les structures nouvellement créées sont entendues comme les structures ayant déposé leur projet de santé à l’agence régionale de santé depuis moins d’un an à la date de souscription du contrat.

Par dérogation, durant les deux premières années civiles d’adhésion de la structure au contrat (année civile durant laquelle l’adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l’adhésion), le déclenchement de la rémunération pour les nouvelles structures intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis comme des prérequis aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat sont atteints (« Horaires d’ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination », « Système d’information niveau standard »).

Vous souhaitez adhérer au contrat : quelle procédure ?

\*CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

\*ARS : Agence Régionale de Santé

I - Données générales

Votre structure est :

❑ Une maison de santé monosite

❑ Une maison de santé multi-sites

🡺 Si les sites sont sur plusieurs communes préciser lesquelles :

*
*
*
*
*

❑ Un centre de santé

Nom de la structure :

Numéro FINESS juridique :

Statut juridique :

Raison sociale :

Adresse du siège social :

Interlocuteur référent au sein de la structure :

Téléphone :

Mail :

Listes des professionnels intervenants dans la structure

Professionnels de santé libéraux associés de la structure

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession/spécialité | N° RPPS | N° Assurance maladie | Equivalent Temps Plein (ETP) | Maître de stage (oui/non) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associé

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession/spécialité | N° RPPS | N° Assurance maladie | Equivalent Temps Plein (ETP) | Maître de stage (oui/non) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Professionnels assurant des vacations au sein de la structure

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession/spécialité | N° RPPS | N° Assurance maladie | Equivalent Temps Plein (ETP) | Maître de stage (oui/non) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

II - Indicateurs prévus par l’ACI

La structure doit cocher, pour chaque axe, les critères socles et optionnels remplis au moment de la demande d’adhésion à l’ACI.

Axe 1 – Accès aux soins

1. **Critères socles et prérequis**
2. **Horaires d’ouverture**

🞎 Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine, le samedi matin de 8h à 12h et pendant les congés scolaires\*. **[PRE REQUIS]**

*\* Ouverture de la structure sur l’amplitude horaire sans nécessité que l’ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire.*

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Accès aux soins non programmés**

🞎 Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré, **[PRE REQUIS]**

Les professionnels de santé de la structure s’organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :

* disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),
* possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure … .

Préciser l’organisation sur les soins non programmés :

🡺 La charte d’engagement de la structure figurant en annexe 1 de ce dossier et à l’annexe 4 de l’ACI doit être affichée au sein de la structure (et dans les différents sites, lorsque celle-ci est multi-sites).

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Critères optionnels**
2. **Offre de soins diversifiée au sein de la structure**

🞎 **Niveau 1 :** Offre d’une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens **ou** de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure\*

\* *Présence parmi les associés de la structure (SISA) ou parmi les salariés du centre de santé d’au moins :*

* *une profession médicale (****hors médecine générale****) ou un pharmacien d’officine*
* ***ou*** *3 professions paramédicales différentes.*

🞎 N**iveau 2 :** Offre d’une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens **et** de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure**\***

\* *Présence parmi les associés de la structure (SISA) ou parmi les salariés du centre de santé d’au moins :*

* *une profession médicale (****hors médecine générale****) ou un pharmacien d’officine*
* ***et*** *de 3 professions paramédicales différentes.*

Les professions prises en compte dans ces indicateurs sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professions de santé.

🡺 La liste actualisée des professionnels de santé associés de la structure devra être transmise annuellement à l’Assurance Maladie, au plus tard le 31 janvier**,** avec pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro Assurance Maladie, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Consultations de professionnels extérieurs à la structure**

🞎 **Niveau 1 :** Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure**\***

\* *Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d’officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant* ***en moyenne 2 jours par mois****.*

🞎 **Niveau 2 :** Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure**\***

\* *Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d’officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne* ***au minimum 2,5 jours par semaine*** *(soit 0,5 équivalent temps plein).*

🡺 La liste actualisée des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la structure au cours de l’année écoulée devra être transmise à l’Assurance Maladie au plus tard le 31 janvier, en précisant pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro Assurance Maladie, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Accueil de médecins intervenant dans le cadre d’un CSTM**

🞎 Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d’un contrat solidarité territoriale médecin (CSTM)\*

*\* Le CSTM est un contrat qui vise à favoriser l’exercice ponctuel de médecins dans les zones identifiées comme sous-denses par les ARS. Pour adhérer à ce contrat, le médecin :*

* *ne doit pas déjà être installé dans les zones identifiées par l’ARS comme « sous-dense » ;*
* *doit exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou en secteur 2 ;*
* *s’engage à exercer en libéral au minimum 10 jours par an en zone « sous-dense ».*

🡺 La copie du contrat (CSTM) du ou des médecins intervenant au sein de la structure devra être transmise à l’Assurance Maladie annuellement au plus tard le 31 janvier.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Missions de santé publique**

🞎 Réalisation de missions de santé publique figurant parmi les thèmes listés ci-dessous ou s’inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

🡺 Liste des thèmes relatifs aux missions de santé publique prévues dans l’ACI :

* Actions en faveur d’une amélioration de la couverture vaccinale
* Lutte contre la tuberculose
* Surpoids et obésité chez l’enfant
* Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
* Prévention du suicide
* Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA
* Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité
* Education thérapeutique et éducation à la santé

Les missions de santé publique retenues par la structure sont précisées à l’annexe 3 du présent dossier.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Satisfaction des patients**

🞎 Mise en place d’outils permettant d’évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l’organisation et les services offerts par la structure.

🡺 Tout document permettant d’attester de la mise en place d’outils (questionnaire de satisfaction et mise en place d’adaptation au regard des besoins identifiés, et, le cas échéant, organisation de réunions avec les usagers de la structure) devra être transmis annuellement à l’Assurance Maladie. Commentaires libres (facultatif) :

Commentaires libres (facultatif) :

Axe 2 – Qualité et coordination des soins

1. **Critères socles et prérequis**
2. **Fonction de coordination**

🞎 Fonction de coordination identifiée au sein de la structure **[PRE REQUIS]**

La fonction de coordination est assurée :

❑ par une ou des personne(s) exerçant au sein de la structure (y compris professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction

❑ par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction

Nom de la (ou des) personne(s) assurant la fonction de coordination :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Profession/spécialité | Temps dédié à la fonction de coordination en ETP |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Mission exercées dans le cadre de la fonction de coordination :

❑ Animation de la coordination interprofessionnelle

❑ Coordination des parcours et des dossiers patients

❑ Suivi de l’utilisation du système d’information et organisation du travail de production des données de santé

❑ Relation avec les institutions (CPAM, ARS, collectivités locales…)

❑ Autres (préciser) :

🡺 Les documents attestant de la mise en place d’une fonction de coordination (contrat de travail, fiche de poste…) devront être transmis à l’Assurance Maladie.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Protocoles pluri-professionnels**

🞎 Élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l’intervention coordonnée de différents professionnels de santé.

Ces protocoles doivent :

* s’appuyer sur l’expérience et les compétences des professionnels concernés,
* être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute autorité de santé - HAS - ; ANSM ; Santé Publique France…),
* être adaptés à chaque équipe,
* répondre à un vrai besoin,
* formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
* être simples, aisément consultables lors des soins,
* préciser le rôle et les moments d’intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),
* être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d’expérience.

🡺 Les protocoles élaborés devront transmis à l’Assurance maladie. Ils doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l’annexe 3 de l’ACI, à savoir :

* affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves… ;
* pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif … ;
* patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l’équilibre thérapeutique nécessitent l’intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste…) : AVK ; insulinothérapie…
* patients complexes ou en perte d’autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition…) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC…
* patients obèses ;
* grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples…) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions…) ;
* pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l’association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Lorsque les protocoles élaborés portent sur des thèmes n’appartenant pas à cette liste, ils font l’objet d’un examen au cas par cas par l’Assurance Maladie, en vue d’une éventuelle valorisation.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Concertation pluri-professionnelle**

🞎 Organisation d’au moins 6 réunions de concertation pluri-professionnelle par an entre professionnels de la structure\*

\* *Il s’agit de réunions autour du cas des patients relevant d’un des thèmes listés à l’annexe 3 (voir point précédent). Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre. 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.*

La patientèle prise en compte correspond à la patientèle médecin traitant déclarée des médecins associés de la structure ou du centre de santé (quel que soit l’âge des patients) au 31 décembre de l’année de référence.

🡺 Pour déclencher la rémunération, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5 % des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d’âge ou d’ALD.

🡺 Le calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés devront être transmis annuellement à l’Assurance Maladie. Les comptes rendus des réunions de concertation seront mis à disposition du service médical de l’assurance maladie à sa demande.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Critères optionnels**
2. **Formation de jeunes professionnels**

🞎 Formation des jeunes professionnels de santé, à raison d’au moins deux stages par an (quelle que soit la profession)

🡺 Les attestations de stages réalisés au sein de la structure ou les photocopies des conventions de stages permettant d’identifier le nom du stagiaire, la profession concernée par la formation et les dates de réalisation du stage, devront être transmises annuellement à l’Assurance Maladie.

Commentaires libres (facultatif) :

1. **Coordination externe**

🞎 Mise en place d’une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients.\*

*\* Cette procédure doit définir les modalités de transmission des données vers :*

* *les professionnels de santé extérieurs à la structure,*
* *les services et établissements sanitaires, en cas d’hospitalisation,*
* *les structures et services médico-sociaux.*
* *les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).*

*Elle permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) 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 partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.*

🡺Tout document attestant de la mise en place de ces procédures devra être transmis à la l’Assurance Maladie.

Commentaires libres (facultatif) :

Axe 3 – Système d’information partagé

1. **Critère socle et prérequis**

🞎 Mise en place d’un système d’information labellisé niveau « standard » par l’ASIP santé. **[PRE REQUIS]** \*

\* *Le niveau « standard » intègre les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d’une structure pluri-professionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l’ASIP Santé.*

Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d’habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

🡺 La copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d’abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d’information fait bien partie des logiciels labellisés par l’ASIP santé devra être transmis à l’Assurance Maladie au 31 janvier de l’année. Ces documents comportent la date d’acquisition de l’équipement.

1. **Critère optionnel**

🞎 Mise en place d’un système d’information labellisé niveau « avancé » par l’ASIP Santé.\*

\* *Le niveau « avancé » intègre des fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d’une structure pluri-professionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l’ASIP Santé*

🡺 La copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d’abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d’information fait bien partie des logiciels labellisés par l’ASIP santé devra être transmis à l’Assurance Maladie au plus tard le 31 janvier de l’année. Ces documents comportent la date d’acquisition de l’équipement.

Commentaires libres (facultatif) :

**Je certifie l’exactitude des informations renseignées dans le présent dossier de candidature.**

**Le représentant de la SISA (à défaut, le représentant de la structure)**

Nom, prénom :

Date :

Signature :

LISTE DES ANNEXES

* Annexe 1 : Charte d’engagement de la structure
* Annexe 2 : Engagement des membres de la structure à se constituer en SISA
* Annexe 3 : Missions de santé publique
* Annexe 4 : Projet de santé

**ANNEXE 1**

CHARTE D’ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE

La maison de santé METTRE LE NOM regroupe des professionnels de santé des professions suivantes:

***[Dans l’hypothèse où des noms professionnels de santé (ostéopathe, psychologue, …) sont également présents dans la structure, ajouter la phrase] :***

D’autres professionnels exercent également au sein de la structure : ……………………… (citer les professions)

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 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 : à compléter (numéro téléphone secrétariat,…)

En dehors de ces horaires d’ouverture, des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé :

Indiquer les modalités d’organisation de la structure en dehors des horaires d’ouverture (exemple : contacter le 15…).

**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 nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de à compléter à à compléter

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/centre dont 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 2**

ENGAGEMENT DES MEMBRES DE LA STRUCTURE À SE CONSTITUER EN SISA

Les soussignés membres de la structure s’engagent à se constituer en SISA dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date de signature du contrat d’adhésion à l’accord conventionnel interprofessionnel.

**Les membres de la SISA (noms, prénoms, date et signature) :**

**ANNEXE 3**

MISSONS DE SANTÉ PUBLIQUE

La structure s’engage à mettre en œuvre des missions de santé publique sur les thèmes suivant (cocher les cases) :

🞎 Actions en faveur d’une amélioration de la couverture vaccinale

🞎 Lutte contre la tuberculose

🞎 Surpoids et obésité chez l’enfant

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

🞎 Prévention du suicide

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

🞎 Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité

🞎 Education thérapeutique et éducation à la santé

🞎 Autre mission de santé publique s’inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANNEXE 4**

PROJET DE SANTÉ

Annexer le projet de santé de la structure.