

Faire vivre et évoluer son projet de santé

Présentée par

Mme Stéphanie CUISSETTE, chargée de mission Offre de Soins- URPS-ML HDF

Et

Mme Jennifer RAMOS, chargée de mission Prévention- FEMAS HDF



Journée régionale de l'exercice coordonné- FEMAS HDF 20 SEPTEMBRE 2019 AMIENS

Plan de l'atelier

1ère partie: Faire vivre son projet de santé ou comment impulser une dynamique d'équipe positive?

Qu'est-ce que le projet de santé?

Rappel méthodologique de sa construction

Moyens et outils au service de la gestion de projet

2ème partie: Faire évoluer son projet de santé

Pourquoi faut-il le faire évoluer?

Les acteurs de la dynamique de progression

Les piliers de la dynamique de progression d'une équipe

La SISA et l'ACI, catalyseurs du projet de santé

Les outils de la démarche qualité : Matrice de maturité, boîte à idées, questionnaire de satisfaction etc.

FAIRE VIVRE SON PROJET DE SANTE

FAIRE EVOLUER

IMMEDIATEMENT

A L'AVENIR

APPROPRIATION PAR L'EQUIPE

PROGRESSION - DEMARCHE QUALITE

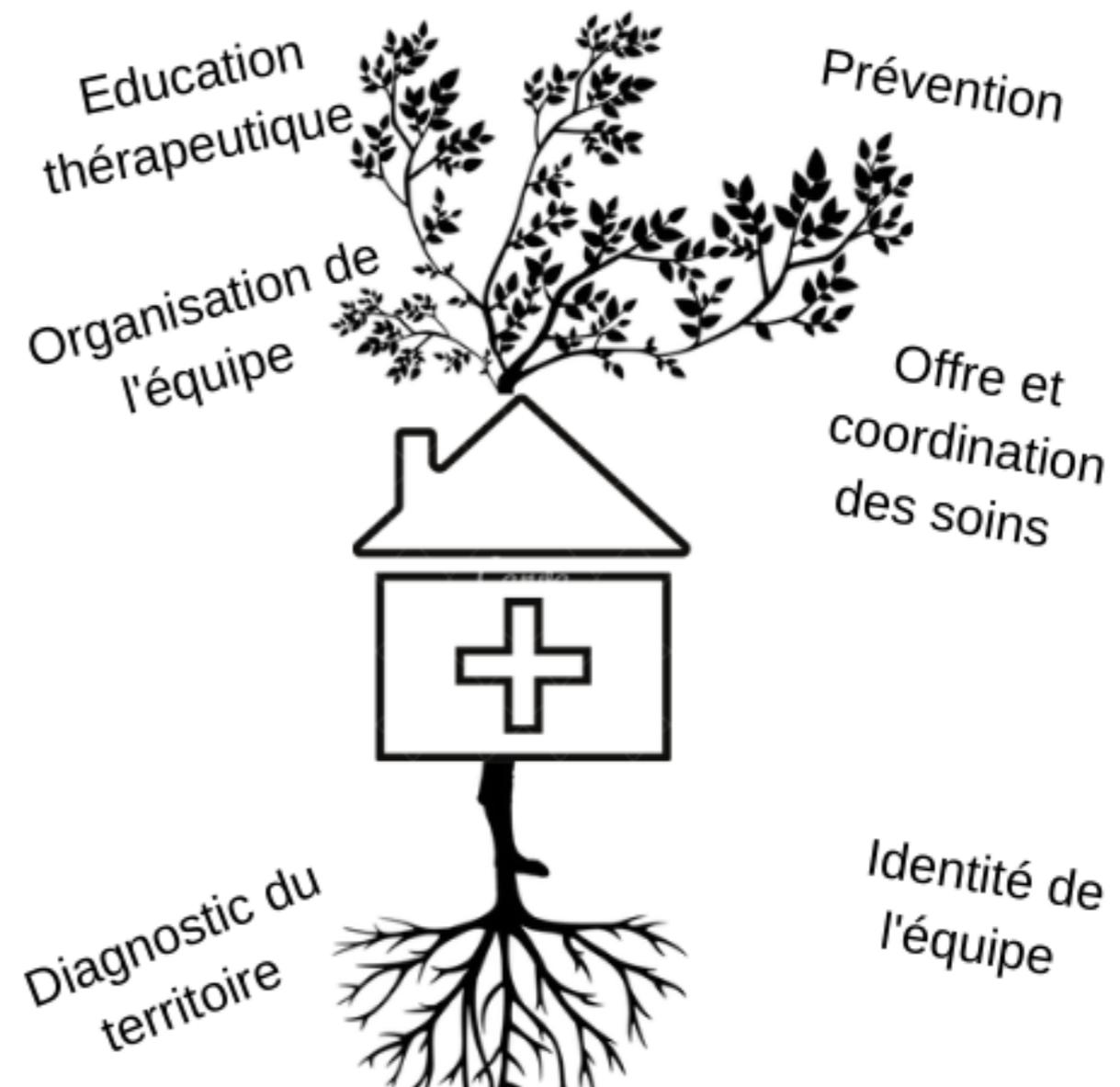
Rappel: Qu'est ce qu'un projet de santé ?

Il fait l'objet d'un échange avec l'ARS qui le valide :

- Si le socle minimal*fixé par un cahier des charges est respecté (Cahier des charges DGOS du 27/07/2010)
- Après avoir partagés avec l'équipe les objectifs du projet.

Le projet de santé c'est l'arbre de vie de l'équipe.

Environnement



Les objectifs d'une MSP traduits dans le projet de santé :

- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé,
- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients,
- Maintenir voire renforcer l'offre de soins sur le territoire,
- Favoriser la prévention à la santé

Socle minimal du projet de santé

Défini dans le cahier des charges MSP publié dans la circulaire du 27 juillet 2010

1) Le diagnostic préalable des besoins du territoire

- ☑ Modalités de réalisation du diagnostic
- ☑ Missions et activités de la structure en réponse à ce diagnostic :

2) Le projet professionnel

- ☑ Exercice pluriprofessionnel (min 2 MG+ 1 paramédical)
- ☑ Formalisation de l'organisation du travail entre les professionnels
- ☑ Accueil et encadrement d'étudiants

3) Prise en charge des patients

- ☑ Prévention 
 - Actions de promotion de la santé*
 - Education Thérapeutique du Patient*

- ☑ Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée 
 - Protocoles de soins pluriprofessionnels*
 - RCP*

- ☑ Continuité des soins (réponses aux demandes de soins non programmés)

- ☑ Coordination des soins avec les acteurs extérieurs

- ☑ Dispositif d'information



Rappel: Qu'est ce qu'un projet de santé ?

C'est un **document stratégique** puisqu'il définit l'organisation concrète entre les professionnels et les projets à venir.

C'est un document dynamique qui **évolue** :

- à mesure du développement de l'équipe, des projets
- en fonction des besoins du territoire.

- Chronologie de la construction du projet de santé d'une équipe libérale

Résumé de la méthode :



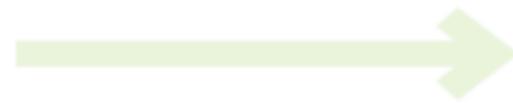
Le projet de santé demande un temps de maturation et d'appropriation, évalué entre un et deux ans dont on ne peut faire l'économie.

Rappel: Qu'est ce qu'un projet de santé ?



- ▶ 1 - L'équipe et ses compétences
- ▶ 2 - Le territoire d'intervention
- ▶ 3 - Les échanges avec les partenaires
- ▶ 4 - L'organisation interne de l'équipe libérale
- ▶ 5 - L'accueil des stagiaires

PROJET DE SANTÉ LIBÉRAL



FICHE D'IDENTITÉ DYNAMIQUE
DE L'ÉQUIPE

Faire vivre le projet de santé

= Appropriation par l'équipe

= Processus progressif de montée en charge des objectifs et des activités

Faire vivre le projet de santé

Que faire?

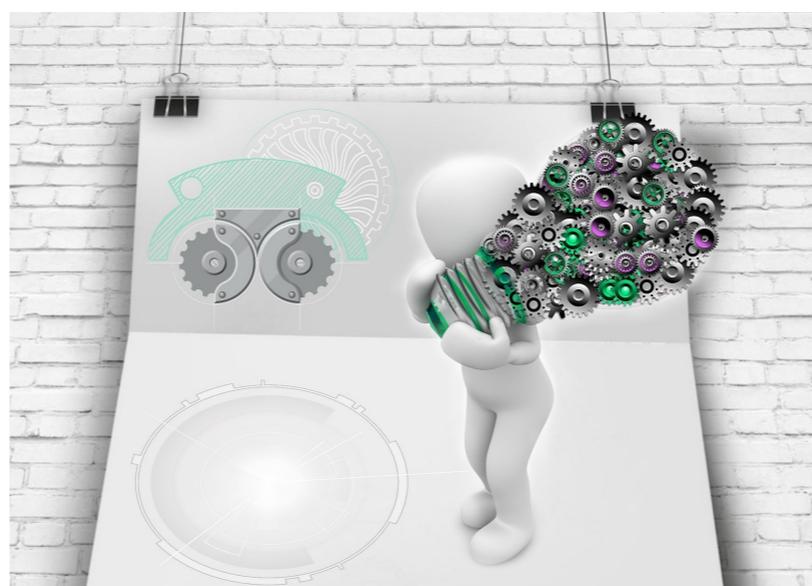
Pour mettre en œuvre le projet de santé:

- Trouver un ou plusieurs leaders (si le rôle ne peut être assuré par le porteur du projet)
- Mettre en place la coordination de votre équipe;
- Lancer le travail pluriprofessionnel : réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP), groupe de travail sur un protocole pluriprofessionnel ...
- Organiser le partage d'information au sein de l'équipe
- Elaborer un budget prévisionnel



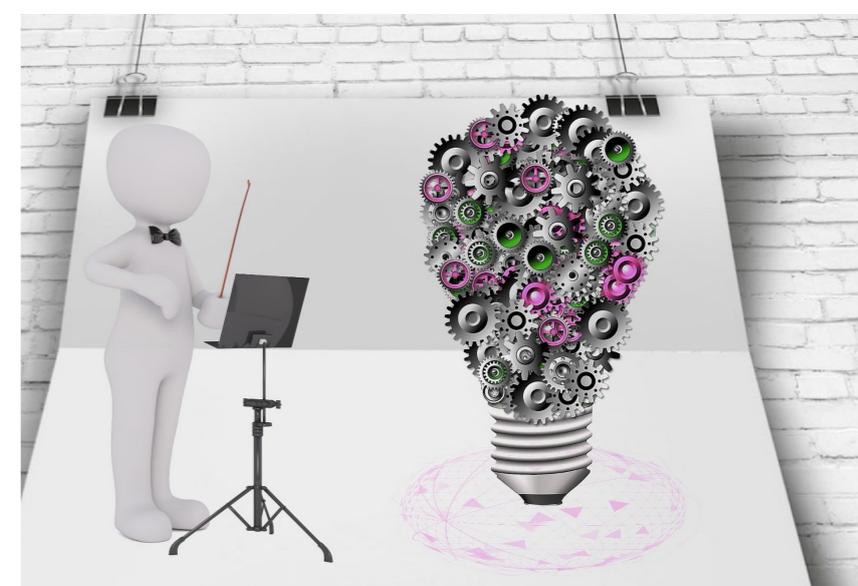
Porteur du projet

Rassemble, impulse le projet, monte le projet, se met en relation avec les acteurs institutionnels



Leader

**Médiateur et ambassadeur
Conduit l'équipe, est à l'écoute et anticipe les désaccords**



Coordonnateur

**Le chef d'orchestre opérationnel
Anime la MSP
Renforce la cohésion d'équipe**

Comment ?

NOM DE L'OUTIL	UTILISATION
Tableau de bord*– Pilotage stratégique	Document de cadrage –Suivi des objectifs opérationnels à partir des indicateurs
Diagramme de Gantt **	Planification et suivi de l'avancement des tâches en fonction des acteurs
Fiche action ***	Description de l'action dans un document synthétique
Tableau de bord des actions- pilotage opérationnel	Outil d'alerte et de réajustement
Budget prévisionnel et suivi budgétaire	Cadre financier du projet de santé . Suivi des dépenses – mesurer les écarts.

Comment construire un bon tableau de bord?

Les étapes:

Analyse de la situation - Définir les priorités et les objectifs- Concevoir le projet- Réalisation du projet et mise en place des actions- Evaluation du projet

Conseils:

La participation des futurs utilisateurs à la conception du tableau et la sélection des indicateurs.

Pour qu'il soit accepté, il est important de les impliquer dès la création. Les risques de faire fausse route (mauvais choix, trop d'informations, etc.) sont fortement réduits. De plus, en étant acteur dans l'élaboration des outils, l'appropriation des utilisateurs est naturelle. Encore faut-il réellement les impliquer en non imposer vos propres idées à chaque étape.

Un nombre limité de mesures pour se focaliser sur l'essentiel. Surtout ne pas surcharger vos tableaux au risque de les rendre illisibles. Certains disent que l'ensemble des mesures doit tenir sur une seule page.

Des indicateurs permettant l'action - un niveau de détail suffisamment précis pour agir.

Des sources de données accessibles

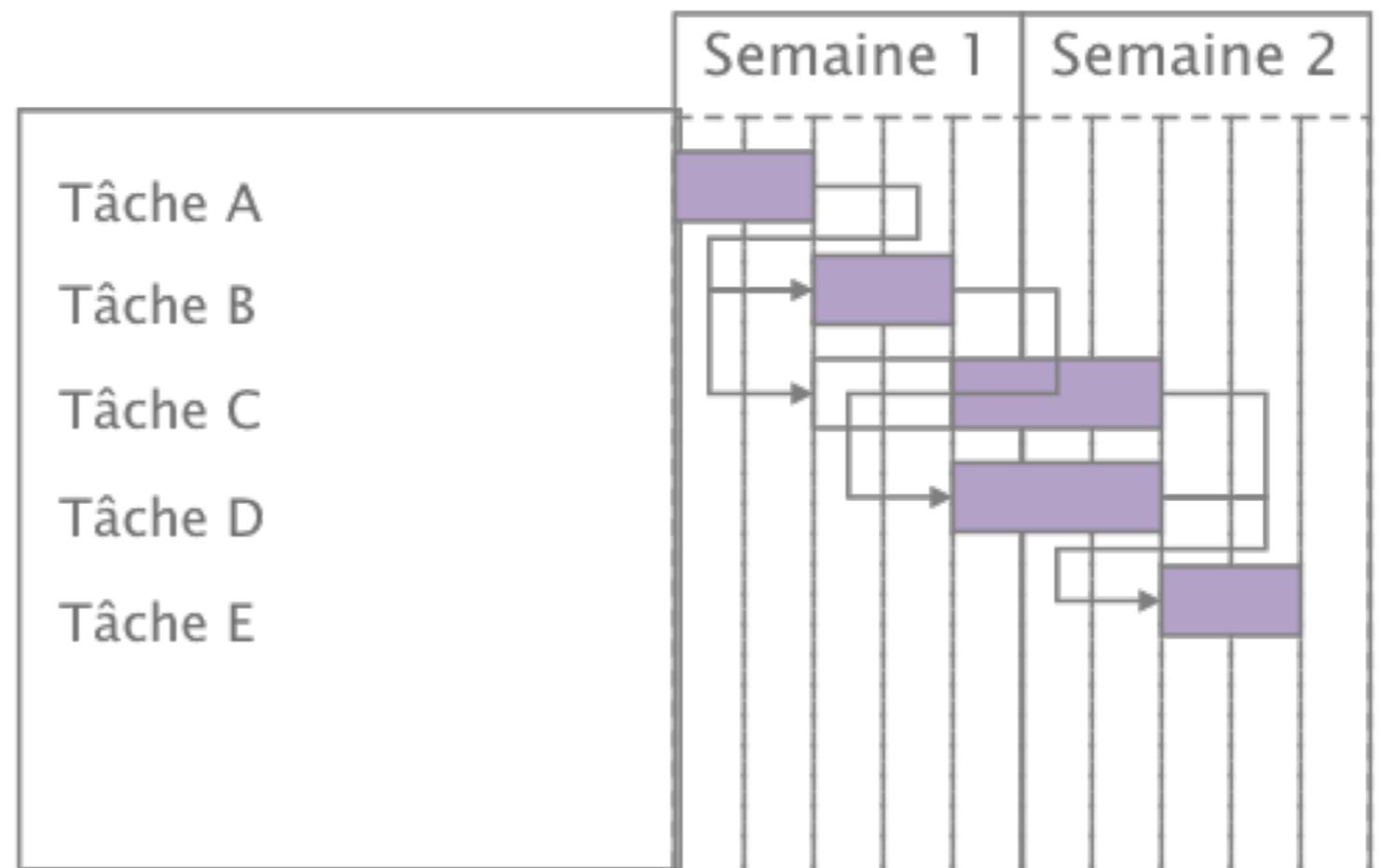
Un modèle de tableau de bord clair, convivial - motivant pour l'exploiter au maximum

Objectifs du diagramme de Gantt:

- Visualiser les tâches à réaliser et les éventuels dépassements
- Visualiser le qui fait quoi et quand (avec des possibilités de tri)
- Visualiser l'enchaînement des tâches dans le temps
- Suivre le degré d'avancement des travaux

Dans un diagramme de Gantt on représente :

- en abscisse les unités de temps (exprimées en mois, en semaine ou en jours) ;
- en ordonnée les différentes tâches. Objectifs du diagramme de Gantt :



Exemple de fiche action

Campagne Vaccination

Thématique de santé	<input type="checkbox"/> Cancers <input type="checkbox"/> Tabac <input checked="" type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Troubles neurosensoriels et troubles du langage
Structure porteuse de l'action	Nom : MSP Avenir Santé Adresse : 413 avenue de la Liberté - 59450 Sin le Noble

Objectif général	Améliorer la couverture vaccinale des patients de la MSP
Objectif(s) spécifique(s)	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier le statut vaccinal des patients au cours des consultations sur la SEV Sensibiliser les patients à l'intérêt de la vaccination
Description de l'action	<p>Au cours de la semaine européenne de la vaccination, les patients sont invités à faire le point sur leur vaccination avec leur médecin lors de leur consultation. L'information est notée dans le logiciel patient informatique.</p> <p>Les secrétaires rappellent aux patients d'amener leur carnet de vaccination lors de la prise de RDV.</p> <p>Tous les professionnels de la MSP disposent des outils de communication de la campagne, informent les patients de la campagne et de la possibilité de faire le point sur leur statut vaccinal au cours de leur consultation avec leur médecin.</p>
Date de mise en œuvre de l'action	Au cours de la Semaine Européenne de la Vaccination du 24 au 30 avril 2019
Territoire	Sin le Noble et environs
Population cible	Patients de la MSP

Acteurs de l'action	Equipe des professionnels de santé de la MSP (information) Secrétaires, Médecins Généralistes (vérification statut vaccinal en cours de consultation)
Partenaires	
Moyens matériels et financiers	Outils de communication de la campagne de la SEV, système informatique partagé.
Communication/valorisation	Information sur la page Facebook de la MSP Information sur les écrans dynamiques en salle d'attente
Indicateurs de suivi	Nombre de prescriptions vaccination faites au cours de la semaine Nombre de personnes ayant réalisé leur vaccination 3 mois après la campagne
Résultats attendus	Vérification du statut vaccinal des patients sensibilisés 3 mois après la campagne (vaccination faite/rappel)

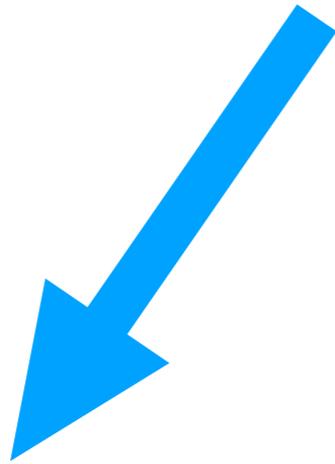
Faire évoluer son projet de santé

Pourquoi le faire évoluer?

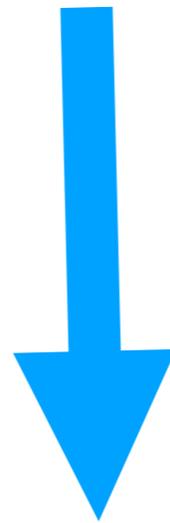
- ➔ Tout au long de son fonctionnement une **Maison de santé évolue**. De ces évolutions peuvent naître des réorganisations de tout type, des changements d'habitude de travail, de changement dans les modes de collaborations... Il est alors parfois nécessaire de faire une pause, de voir où l'on en est, de **prendre du recul**.
- ➔ Faire évoluer son projet de santé permet également d'**entretenir la dynamique d'équipe**, garante de la cohésion de l'équipe et donc de la pérennité de la MSP.

Faire évoluer son projet de santé

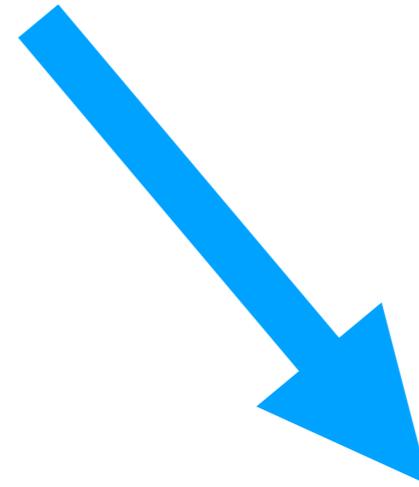
3 dimensions à faire évoluer:



Pluridisciplinarité



Coordination professionnelle



Accessibilité et qualité des soins

Comment faire évoluer ces aspects?

- ☑ **Création de la SISA**
- ☑ **Engagement dans l'ACI**

Focus sur la SISA

Sans être obligatoire, une MSP peut souhaiter aller plus loin dans l'exercice coordonné pluri professionnel et décider de créer une SISA.

La SISA, composée d'au moins de deux médecins et d'un auxiliaire médical, est la seule structure juridique permettant :

- 🔧 d'une part, la mise en commun de moyens entre professionnels de santé à l'instar d'une SCM (Société Civile de Moyens)
- 🔧 d'autre part, l'exercice en commun de certaines activités médicales entre divers professionnels de santé

Ainsi, la SISA est l'unique société qui réunit des professionnels de santé de toute nature en vue d'une coopération, d'une coordination et d'une éducation thérapeutique autorisant le versement de la rémunération ACI.

Eligibilité à l'ACI

Centres de santé MSP mono site ou multi sites:

En SISA

Dérogation : Constitution en SISA dans les 6 mois après signature

Projet de Santé en cohérence avec PRS

Modalités de contractualisation

MSP dans le RA*



- Adhésion « tacite » transitoire pendant 2 mois
- Signature du contrat : Dans les 2 mois après entrée en vigueur ACI
- Application Indicateurs dès le rapport d'activité 2018 (sur l'exercice 2017)
- Notification écrite de refus dans les 2 mois

MSP non adhérentes RA

- Statuts SISA, dans les 6 mois
- Copie Projet de Santé
- Liste Professionnels ou futurs associés en SISA et ceux signataires Projet de Santé

Modalités de financement

Rémunération fixe = Nbre pts fixes X 7 euros

Patientèle de référence = 4 000 patients

Rémunération variable = Nbre pts variables X
Patientèle structure/Patientèle de référence (4000)
X 7 euros



Modalités de versement de la rémunération

Déclenchement : Atteinte indicateurs socle

Versement d'une avance 60 % au plus tard 30 avril

Solde rémunération : au plus tard le 30 avril de l'année suivante



* *Règlement Arbitral*

Dispositions spécifiques aux nouvelles structures



Dépôt Projet de Santé à l'ARS < 1 an

Pendant 2 ans : Dérogation si 2 sur 3 indicateurs socles

- Horaires Ouverture et soins non programmés
- Fonction coordination
- SI niveau standard

Garantie de versement annuel minimal : 20 000 euros (au prorata temporis)

Garantie d'avance : 12 000 euros (au prorata temporis)

3 axes

Accès aux soins

Travail en
équipe pluri-
professionnelle

Système
d'information

2 types d'indicateurs

Indicateurs « socle » =
pré-requis

Indicateurs optionnels

2 modes de rémunération

Nombre de points

1 point = 7 euros

fixe

variable

Une proratisation s'effectue en fonction de la patientèle réelle de la structure au 31/12 de l'année de référence – patientèle de référence de 4000 patients

Axe 1 : Accès aux soins

Axe 2 : Travail en équipe / coordination

Axe 3 : Système d'information

Indicateurs socle

Accessibilité : Amplitude horaire et accès aux soins non programmés : 800 pts fixe (indicateur pré requis)

Protocoles pluri-professionnels
100 pts fixe par protocole
jusqu'à 8 protocoles rémunérés

Concertation pluri-professionnelle :
1 000 pts variable

Fonction de coordination (indicateur prérequis)
700 pts fixe
+ 1 350 pts variable jusqu'à 8 000 patients
+ 1 000 pts variable sur patientèle supplémentaire (au-delà de 8 000 patients)

Système d'information – niveau standard (indicateur prérequis) :
500 pts fixe
+ 200 pts variable par PS jusqu'à 16 PS
+ 150 pts variable par PS supplémentaire

Indicateurs optionnel

Diversité de l'offre niveau 1 : 250 pts fixe

Diversité de l'offre niveau 2 : 250 pts fixe

2nd recours niveau 1 : 250 pts fixe

2nd recours niveau 2 : 250 pts fixe

Satisfaction des patients : 100 pts fixe

Missions de santé publique :
350 pts variable par mission jusqu'à 2 missions rémunérées

Accueil CSTM : 200 pts fixe

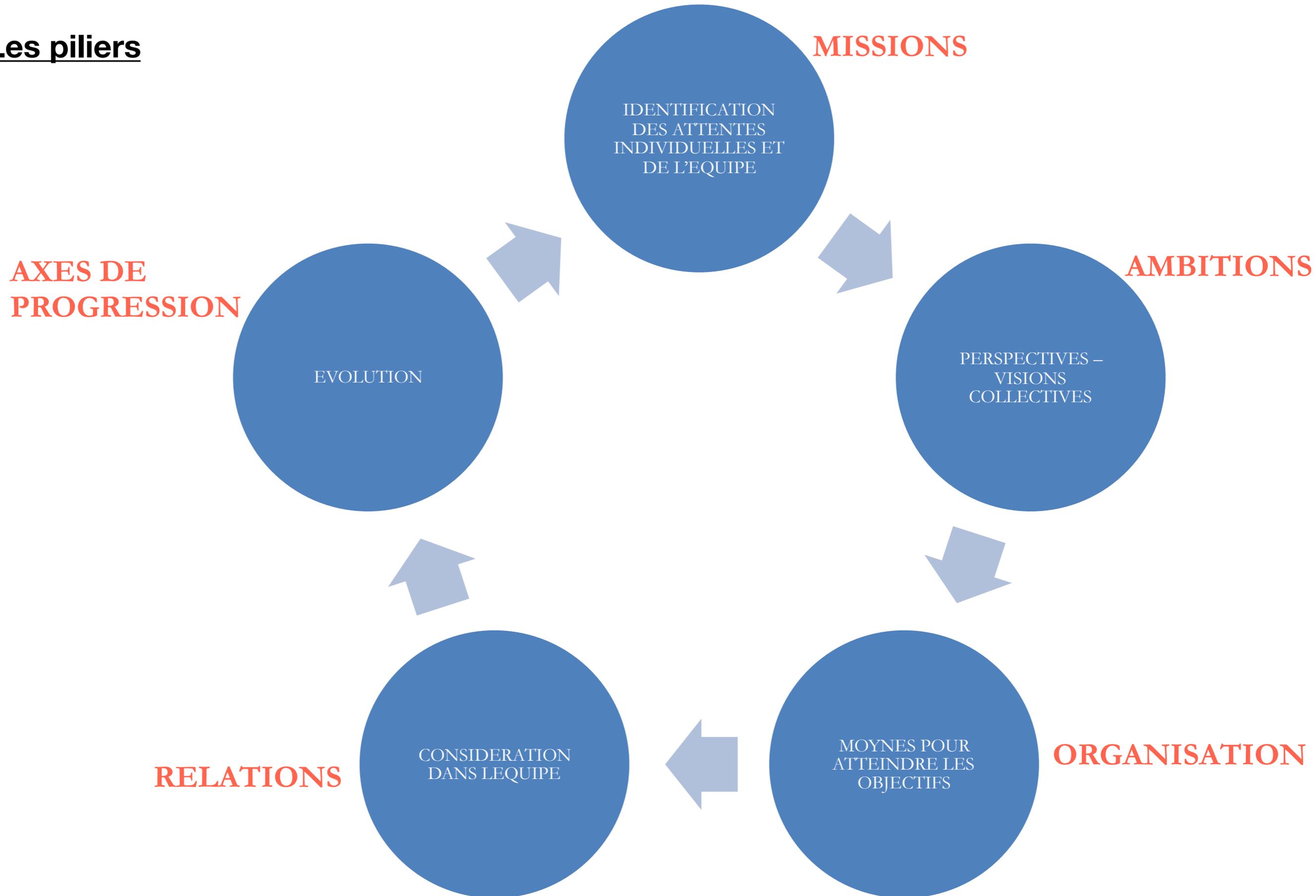
Formation des jeunes : 450 pts fixe

Coordination externe : 200 pts variable

Système d'information-niveau avancé : 100 pts fixe

DYNAMIQUE D'EQUIPE

Les piliers



Acteurs de la dynamique de « progression » au sein de l'équipe



LEADER



COORDONNATEUR



FACILITATEUR

La matrice de la maturité

= Référentiel d'analyse de progression d'une équipe

= Outil phare de la démarche qualité



L'équipe renouvelle, tous les ans par exemple, l'auto-évaluation de son organisation pour à la fois acter les progrès réalisés et identifier de nouveaux objectifs de progression.

	L'équipe pluriprofessionnelle doit être capable de :	Dimensions correspondantes du référentiel
1	Répondre aux besoins de la population	III.8. Projet de santé de l'équipe I. 4. Dynamique d'équipe IV.15. Prise en compte de l'expérience des patients
2	Garantir l'accès aux soins	III. 9. Accès aux soins
3	Assurer la continuité des soins	III. 10. Continuité des soins II. 5. Partage de données
4	Organiser un suivi coordonné pluriprofessionnel	III. 11. Gestion du projet de santé de l'équipe I. 1. Réunions de concertation pluriprofessionnelles I. 2. Protocoles pluriprofessionnels I. 3. Coordination avec les autres acteurs du territoire IV. 14. Plan Personnalisé de Santé
5	Gérer les populations de façon proactive	IV. 14. Plan Personnalisé de Santé II. 6. Gestion des données cliniques
6	Gérer (anticiper) les ruptures entre les interfaces	III. 10. Continuité des soins I. 3. Coordination avec les autres acteurs du territoire II. 6. Gestion des données cliniques
7	Accompagner les patients et Soutenir les aidants	IV. 12. Information des patients IV. 13. Education thérapeutique (ETP) IV. 14. Plan Personnalisé de Santé IV. 15. Prise en compte de l'expérience des patients IV. 16. Soutien aux aidants
8	Garantir la qualité des soins	I. 1. Réunions de concertation pluriprofessionnelles I. 2. Protocoles pluriprofessionnels I. 4. Dynamique d'équipe II. 7. Analyse des pratiques
9	Prendre en compte l'avis du patient (<i>patient centered care</i>)	IV. 13. Education thérapeutique (ETP) IV. 14. Plan Personnalisé de Santé IV. 15. Prise en compte de l'expérience des patients
10	Prendre en charge l'ensemble des besoins du patient (médico-psycho-sociale) [lien avec le social et les différents services]	III. 8. Projet de santé de l'équipe III. 9. Accès aux soins I. 3. Coordination avec les autres acteurs du territoire I. 4. Dynamique d'équipe IV. 13. Education thérapeutique (ETP) IV. 14. Plan Personnalisé de Santé

Autres outils d'évaluation

- ➔ Questionnaire
- ➔ Entretien
- ➔ Observation
- ➔ Boite à idées

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Journée régionale de l'exercice coordonné- FEMAS HDF 20 SEPTEMBRE 2019 AMIENS