

Matrice de maturité en soins primaires

Implication des patients

- Information des patients
- Education thérapeutique
- Plan Personnalisé de Santé
- Prise en compte de l'expérience des patients
- Soutien aux aidants

Travail en équipe pluriprofessionnelle

- Réunions de concertation pluriprofessionnelles
- Protocoles pluriprofessionnels
- Coordination avec les autres acteurs du territoire
- Dynamique d'équipe

Projet de santé et accès aux soins

- Projet de santé de l'équipe
- Accès aux soins
- Continuité des soins
- Gestion du projet de santé de l'équipe

Système d'information

- Partage de données
- Gestion des données cliniques
- Analyse des pratiques

Soins primaires

Matrice de Maturité en Soins Primaires

TRAVAIL EN EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE



➤ Réunion de concertation pluriprofessionnelle

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

➤ Protocoles pluriprofessionnels

- Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe.
- Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés.
- Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique.
- Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
- Les protocoles sont régulièrement mis à jour.

➤ Coordination avec autres acteurs du territoire

- Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.
- Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire (professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui...) sont élaborés, adaptés.
- Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
- Les procédures sont régulièrement mises à jour.
- Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.

➤ Dynamique d'équipe

- Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.
- Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et celles manquantes identifiées.
- Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation...).
- Des formations pluripro sont proposées à l'équipe. L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés.

SYSTEME D'INFORMATION



➤ Partage de données

- L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.
- L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.
- Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.
- Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.
- L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, PPS).

➤ Gestion des données

- L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification).
- La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite.

- La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite.
- La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite.
- Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage).

➤ Analyse des pratiques

- Le choix des pratiques analysées est explicite, en lien avec les besoins objectivés par l'équipe.
- Les référentiels et les indicateurs sont discutés au sein de l'équipe.
- Les données utilisées pour calculer les indicateurs sont renseignées dans les dossiers patients.
- Les indicateurs de pratique clinique sont calculés en routine selon des requêtes préétablies et accessibles sous différents formats (individuel, collectif...).
- Les résultats discutés en équipe conduisent à des actions d'amélioration des pratiques.

PROJET DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

➤ **Projet de santé de l'équipe**

- Une analyse des besoins de santé et des attentes de la population desservie est réalisée, actualisée.
- Des actions prioritaires sont arrêtées à partir de l'analyse de ces besoins.
- Ces actions prennent en compte les besoins de prévention et la promotion de la santé.
- Un suivi formalisé de ces actions est organisé.
- Le projet de santé et les résultats des actions menées sont communiqués à tous acteurs du territoire.

➤ **Accès aux soins**

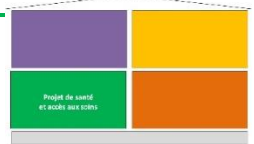
- L'équipe détermine le territoire sur lequel elle organise une réponse aux demandes de soins de proximité.
- Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies.
- La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée.
- Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins.
- La coopération avec les acteurs médicosociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée.

➤ **Continuité des soins**

- La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée.
- La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée au besoin soit apportée.
- La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congrés, formation, maladies...).
- Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins.
- Les modalités d'accès aux soins de 2nd recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation.

➤ **Gestion du projet de santé de l'équipe**

- Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés.
- Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluriprofessionnel.
- Un suivi formalisé des décisions est organisé.
- Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur...).
- Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités



IMPLICATION DES PATIENTS

➤ **Information des patients**

- Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants).
- Cette information est remise aux patients lors des consultations.
- Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé.
- Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.
- La compréhension des messages délivrés est évaluée.

➤ **Education thérapeutique (ETP)**

- Un plan de développement de l'ETP est élaboré.
- L'équipe et le patient partagent les mêmes objectifs autour desquels est organisée l'ETP.
- L'accès à différentes modalités d'ETP est organisé, pour répondre aux besoins des patients.
- Une évaluation de l'impact de l'ETP est organisée pour chaque patient, partagée par l'équipe et tracée.
- Les autres acteurs du champ sanitaire et social et les associations de patients sont aussi impliqués.

➤ **Plan Personnalisé de Santé (PPS)**

- Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe.
- Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.
- L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte.

- Le suivi du PPS est organisé en s'appuyant sur des critères explicites (date de révision, alertes, critères de processus et de résultats).
- Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient.

➤ **Prise en compte de l'expérience des patients**

- Un recueil de l'avis des patients est organisé (par ex. enquêtes au point de soin, focus groupes et groupes consultatifs de patients permanents).
- Ce recueil est organisé de manière régulière.
- L'analyse des résultats est réalisée en équipe.
- Cette analyse débouche sur un plan d'actions.
- Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients.

➤ **Soutien aux aidants**

- Une évaluation des besoins des aidants est organisée.
- Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible (par ex. affiches, dépliants).
- L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants.
- Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé.
- Une évaluation de l'impact de la démarche de soutien est organisée pour chaque aidant, partagée par l'équipe et tracée.

