



PROJET DE SANTÉ MSP BERCEÉ SANTÉ

2021-2024



Maison de santé pluriprofessionnelle
1 rue Henri Dunant
72500 Montval-sur-Loir

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| LE TERRITOIRE | 2 |
| L'ÉQUIPE | 6 |
| L'HISTORIQUE | 7 |
| LES PERSPECTIVES DE TRAVAIL..... | 8 |
| NOS AMBITIONS | 9 |
| L'ACCÈS AU SOIN | 10 |
| LA CONTINUITÉ DES SOINS..... | 14 |
| LA FORMATION INITIALE | 16 |
| LA FORMATION PLURIPROFESSIONNELLE..... | 17 |
| LA COOPÉRATION INTERNE | 19 |
| LA COOPÉRATION EXTERNE | 23 |
| LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE..... | 25 |
| L'IMPLICATION DES USAGERS | 28 |
| LA DYNAMIQUE D'ÉQUIPE..... | 30 |
| LA CHRONOLOGIE DE LA VIE D'ÉQUIPE..... | 32 |
| L'ORGANISATION DE L'ÉQUIPE..... | 33 |
| LE RESUME DE NOS ACTIONS..... | 34 |
| LA PROJECTION DES ACTIONS N+1..... | 35 |
| ANNEXE 1 FICHE DE POSTE COGERANCE | |
| ANNEXE 2 FICHE DE POSTE COORDINATION | |

Les indicateurs du territoire sont défavorables tant au niveau logement, pauvreté et chômage. Le taux de pauvreté sur le territoire de la communauté de communes est de **14,9%**.

Le taux de chômage des 15-64 ans sur le territoire des 13 communes est 16,4% : nettement supérieur à la moyenne régionale, supérieure à la moyenne nationale (13,9%) et supérieure à la moyenne de la communauté de communes Loir Lucé Bercé (24 communes) qui est de 14,6%.

⇒ A l'échelle infra communautaire : le territoire présente donc des indicateurs encore plus défavorables que le territoire de la communauté de communes.

| Logements | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|---------|-------|-------|---------|---------|-----------|------------|--|--|--|
| 50 | Logements | 248 795 | +0,7% | | 132 906 | 602 159 | 1 623 300 | 28 280 036 | | | |
| 51 | Logements construits avant 1946 | 69 525 | 28% | nc | 16% | 28% | 20% | 24% | | | |
| 52 | Logements vacants | 25 083 | 9% | +3,1% | 5% | 9% | 7% | 8% | | | |
| 53 | Logements sociaux | 34 877 | 14% | +0,2% | 7% | 17% | 12% | 15% | | | |
| 54 | Logements du parc privé potentiellement indigne (PPPI) | 11 827 | 5% | nc | 2% | 5% | 3% | nc | | | |

| Revenus et situations de fragilité sociale | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|--|
| 40 | Revenu médian | | | 19 932 | 19 687 | 21 276 | 20 391 | 20 566 | | | |
| 41 | Salariés à bas revenus | 43 169 | 22% | nc | 20% | 22% | 22% | 23% | | | |
| 42 | Pauvreté | | 13% | nc | 10% | 13% | 11% | 15% | | | |
| 43 | Allocataires CAF couverts par le revenu de solidarité active (RSA) | 15 990 | 9% | nc | 5% | 9% | 7% | 10% | | | |
| 44 | Foyers allocataires CAF dont prestations CAF>50 % des ressources | 21 810 | 22% | nc | 16% | 22% | 19% | 24% | | | |
| 45 | Bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) | 8 119 | 2,6% | +3,3% | 2,4% | 2,7% | 2,6% | 2,9% | | | |
| 46 | Mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) | 2 971 | 2,1% | +2,2% | 1,6% | 2,5% | 1,8% | 2,1% | | | |

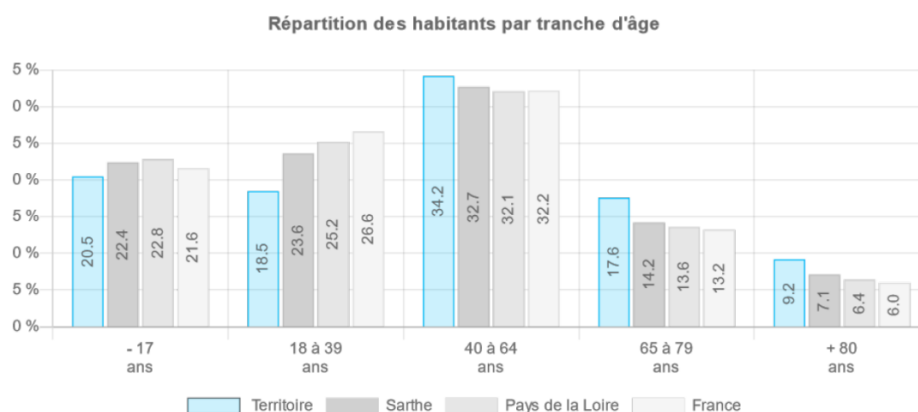
Un indicateur favorable : le nombre d'équipement sportif au-dessus de la moyenne régionale.

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------------------|-------|----|----|----|----|----|------|--|--|--|
| 57 | Équipements sportifs | 4 868 | nc | 86 | 48 | 88 | 64 | 48** | | | |
|----|----------------------|-------|----|----|----|----|----|------|--|--|--|

*Source : diagnostic santé ARS territoire vallée du loir de 2019

L'analyse de la population par grande tranche d'âge montre **une population vieillissante.**

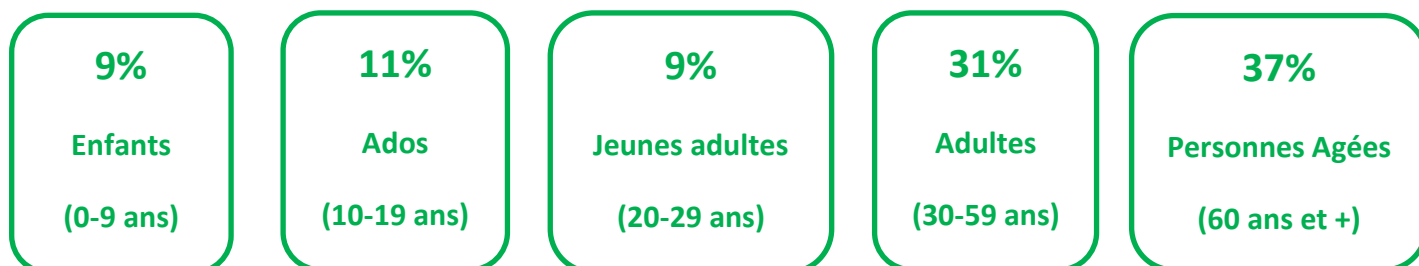
Le territoire est caractérisé par l'importance de la population âgée de **65 ans et plus.**



Au niveau de la patientèle de la maison de santé, le SIP (Système d'Information Partagé) nous donne les indicateurs suivants :

14354 dossiers informatisés et actifs comprenant : **48% d'hommes et 51% de femmes.**

Une patientèle qui se répartit par tranche d'âge :



Zoom sur les indicateurs de santé et de consommation de soin de la population générale :

| D - VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------|-------|----|----------|-----|-----|------|------|--|
| 74 | Personnes prises en charge au long cours pour une pathologie* | 9 120 | 26% | nc | 98 (ns) | 83 | 99 | 93 | 100 | |
| 75 | Personnes admises en affection de longue durée (ALD) | 1 229 | 1,9% | nc | 98 (ns) | 89 | 106 | 96 | 100 | |
| 76 | Passages dans les services d'urgences | 17 190 | | nc | 351 | 144 | 351 | 243 | nd | |
| 77 | Personnes hospitalisées en court séjour | 9 015 | 19% | ↔ | 99 (ns) | 85 | 110 | 101 | 100 | |
| 78 | Mortalité générale - deux sexes | 664 | 13,8% | ↔ | 111 | 84 | 122 | 97 | 100 | |
| 79 | Mortalité prématurée - deux sexes | 90 | 2,5% | ↔ | 112 | 83 | 122 | 98 | 100 | |
| 80 | Mortalité prématurée - hommes | 60 | 3,3% | ↔ | 107 (ns) | 83 | 130 | 100 | 100 | |
| 81 | Mortalité prématurée - femmes | 30 | 1,7% | ↔ | 117 (ns) | 75 | 117 | 91 | 100 | |
| 82 | Mortalité prématurée évitable - deux sexes | 31 | 0,9% | ↔ | 127 | 87 | 143 | 110 | 100 | |
| 83 | Espérance de vie à la naissance - hommes | | nd | | | | | 79,6 | 79,5 | |
| 84 | Espérance de vie à la naissance - femmes | | nd | | | | | 85,8 | 85,4 | |
| Diabète | | | | | | | | | | |
| 187 | Personnes prises en charge pour diabète | 3 319 | 7,0% | nc | 105 | 71 | 105 | 84 | 100 | |
| 188 | Personnes admises en ALD pour diabète | 218 | 4,6% | nc | 103 (ns) | 75 | 104 | 88 | 100 | |

* source diagnostic santé ARS 2019 vallée du loir

Ce territoire de santé cumule donc des indicateurs défavorables (supérieurs à la moyenne régionale et nationale).

De façon plus spécifique, Le territoire est caractérisé par :

- **Une très forte surmortalité par suicide (sur toutes les tranches d'âge) : +34% ;**
- **Des indicateurs élevés sur le diabète ;**
- **Des indicateurs élevés sur certains cancers : colorectal, seins et cancer des voies aérodigestives supérieures (tabac et consommation d'alcool).**

L'offre de soin

La démographie médicale et, plus globalement, l'offre de soin libérale souffrent d'une raréfaction des acteurs de soins primaires ces 10 dernières années.

Le zonage médecin, sage-femme, infirmier, kiné, orthophoniste montre une offre de soin libérale sur le territoire déficitaire.

Le territoire de Château-du-Loir est classé :

- En zone d'intervention prioritaire pour les médecins généralistes ;
- En zone intermédiaire pour les professions de sages-femmes et d'orthophonistes ;
- En zone sous-dotée pour les IDE et les Kinésithérapeutes.

A noter que les territoires adjacents sont également classés en zone d'intervention prioritaire pour les médecins : renforçant ainsi la complexité de l'accès au soin car la patientèle des médecins de Château-du-Loir comprend des patients habitants hors du bassin de vie.

⇒ **Un hôpital local** se trouve sur la commune de Château du Loir. Cet hôpital est un établissement de proximité de niveau 3. Il propose à la population les services suivants :

Hospitalisation

| Service | Nombre de lit ou place |
|---|------------------------|
| Urgences (Unité Hospitalisation Courte Durée) | 3 lits |
| Médecine polyvalente | 30 lits |
| SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) | 25 lits |
| SP (Soins Palliatifs) | 5 lits |
| HAD (Hospitalisation à Domicile) | 30 places |
| SSIAD (Service de Soins Infirmier A Domicile) | 56 places |

Hébergement

| Service | Nombre de lit ou place |
|---------------------------------------|------------------------|
| USLD (Unité de Soins de Longue Durée) | 30 lits |
| EHPAD La Pléiade | 167 lits |
| UPAD La Pléiade | 14 places |
| Hébergement temporaire | 4 places |
| Accueil de jour | 6 places |
| PASA | 12 places |

A noter que le service des urgences de l'hôpital subit des fermetures itératives depuis un an faute d'effecteurs. Le départ annoncé du dernier en juin 2021 compromet fortement le maintien de ce service. Les élus, l'ARS et le CHM travaillent conjointement à trouver une solution d'accès au soin urgents. Une EPMU (Equipe Paramédicale Mobile d'Urgence) est effective depuis Mai 2021 pour prendre en charge les urgences vitales 24/24.

L'hôpital offre des consultations spécialisées en externe avec le détachement de professionnels de l'hôpital du Mans et de différentes cliniques mancelles (addictologie, cardiologie, chirurgie viscérale et thoracique, dermatologie, douleur, gastro-entérologie, endocrinologie, gynéco-obstétrique, médecine physique et réadaptation, néphrologie, neurologie, orthopédie et traumatologie, oto-rhino-laryngologie, radiologie écho-doppler, rhumatologie, urologie) **et des consultations spécialisées en interne** (consultation diététique, mémoire et pose de holters rythmiques et/ou tensionnel).

⇒ **Des antennes locales de l'EPSM ;**

L'EPSM de la Sarthe, Etablissement Public de Santé Mentale, propose aux personnes souffrant de troubles psychologiques, des actions de prévention, de diagnostics et de soins en psychiatrie. Le territoire de Château-du-Loir offre un CMP/CATTP (Centre Médico-Psychologique / Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) Adultes et un CMP/CATTP Enfants/Adolescents.

⇒ **Une antenne du service de Protection Maternelle et Infantile ;**

Gérée par le conseil départemental de la Sarthe avec des consultations médicales, de puéricultrices, de sages-femmes et psychologiques.

⇒ **Une permanence de la maison des adolescents (lundi).**

L'ÉQUIPE

L'équipe de la MSP regroupe un grand nombre de professionnels du territoire et a la volonté d'intégrer tout professionnel du territoire souhaitant participer à l'exercice coordonné. L'équipe composée à l'origine de 25 associés, est désormais forte de 33 professionnels associés dans la SISA et d'un professionnel signataire du projet de santé.

A noter la représentation paramédicale diversifiée et un engagement dans l'exercice coordonné des paramédicaux.

L'ÉQUIPE

Dans la SISA...

MÉDECINS

Michel GHAZI
Yves LIDEC
Hélène LEBOURG
Xavier VARANGOT
Ilyess MEJRI
Thomas VAN DAMME
Stéphane BROSSAUD

PHARMACIENS

Pharmacie du Centre

Pierre BAILLY
Aurélié DENIS

Pharmacie du Chêne Vert

Ghizlène SEMMAR

IDEL

Marie-Andrée GHAZI, Asalée
Flavie THOMAS
Mickaël OGER
Dorotheé ROUSSEAU
Maude MONCHATRE

Anne JULIEN
Cécile HOFFMANN

Tiago SILVA
Sandrine LEGUET

Anita BARDET
Valérie DONIKIAN

MASSEURS- KINÉSITHÉRAPEUTES

Bruno PIVETEAU
Ludivine CHOPLAIN
Allan DUMONT
Lucille DURAND
François COTTEREAU

PÉDICURES-PODOLOGUES

Estelle PARROT
Katia BOUNOUADER
Violaine ROCHERON

ORTHOPHONISTES

Myriam ALLARD
Dominique BOURDILLEAU

DIÉTÉTICIENNE

Sandra MARET

PSYCHOMOTRICIENNE

Eléonore LATOURNERIE

Au delà...

SECRÉTAIRES

Céline MONCHATRE
Sabrina CHANTEPIE
Fabienne BELUIN

Charlotte LHOMMEAU

PSYCHOLOGUE

Fabienne BREHIN



L'HISTORIQUE

En 2009, sous l'impulsion de médecins partants à la retraite et des élus, des rencontres s'organisent pour réunir les professionnels de santé afin d'anticiper la désertification médicale qui s'annonce.

Ces rencontres au fil des années ont abouti à un projet immobilier qui s'est accompagné à partir de 2012, d'une réflexion sur l'exercice coordonné. Un cabinet de conseil ACSANTIS a accompagné les professionnels à écrire leur projet de santé.

En 2016, l'ARS propose une formation d'accompagnateur de regroupement de soin primaire. L'équipe candidate pour former un professionnel. L'engagement dans cette démarche a permis en 2 ans de :

- Ecrire une charte des valeurs (juin 2016) ;
- Se constituer en SISA, Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (fin 2016) ;
- Contractualiser avec la CPAM (janvier 2017) ;
- Déployer un système d'information partagé (juin 2017) ;
- Commencer à expérimenter l'exercice coordonné.

En septembre 2017, le projet immobilier se concrétise et réunit 27 professionnels au sein du même bâtiment. Il dispose d'une salle de pause et d'une salle de réunion facilitant les échanges et les concertations.

Depuis 2017, l'équipe a mis en place des actions diverses en fonction des besoins des professionnels et des partenaires. L'acculturation a été facilitée par la participation aux différents ateliers proposés par l'APMSL, Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire, (répondre à un appel à projet prévention, écriture d'un protocole, participation aux journées régionales ...).

A partir de 2019, l'équipe coordonne un projet prévention ambitieux déployé en partenariat avec les 2 collèges du territoire : d'abord à destination des élèves de 5^{ème} sur la thématique « alimentation et activité physique » et depuis cette année vers les élèves de 4^{ème} avec la thématique « vie affective et sexuelle ».

Début 2020 : réécriture du projet de santé de l'équipe.

LES PERSPECTIVES DE TRAVAIL

La réécriture du projet de santé répond à un double objectif :

- Construire une feuille de route des actions pour les prochaines années ;
- Communiquer auprès des partenaires et des usagers.

En pratique, 2 professionnels participent à l'atelier de réécriture animé par l'APMSL. Des temps de réflexion collective ont été organisés entre octobre 2020 et février 2021. Ils ont mobilisé une grande partie des professionnels. **Les thématiques retenues soulignent les intérêts et les motivations de l'équipe. Le projet de santé est un document réaliste et évolutif, à l'image de l'équipe. Il est à la fois un outil de travail et un élément fédérateur.**

NOS OBJECTIFS PRINCIPAUX :

- Améliorer l'accès au soin et la prise en charge des patients du territoire ;
- Réduire les inégalités en matière de santé et améliorer les indicateurs de prise en charge des populations les plus vulnérables ;
- Développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

3 PUBLICS CIBLES RETENUS :

Le diagnostic de territoire réalisé met en évidence des besoins de la population conséquente sur toutes les tranches d'âge. L'équipe a choisi de se concentrer sur 3 populations cibles. D'autres publics cibles pourront faire l'objet d'un travail ultérieur : notamment la population enfants.

- Population personne âgée ;
- Population adulte ;
- Population adolescent.

NOS AMBITIONS

Nous portons pour l'équipe et pour l'avenir plusieurs ambitions :

- **Faire grandir l'équipe, en nombre et en compétence ;**
- **Développer nos savoir-faire et nos savoir-être ;**
- **Miser sur l'enjeu de l'interconnaissance, de la connaissance partagée ;**
- **Co-construire des projets avec des partenaires institutionnels.**

En somme, la réécriture de notre projet de santé s'inscrit dans l'idée de faire face à l'accroissement d'une population vieillissante, fragilisée médicalement et socialement, dans un contexte d'offre de soins sous tension, voire clairement carencée, dans certains domaines.

Notre projet de santé se veut ambitieux afin d'améliorer la qualité d'exercice des professionnels de santé et par là aussi la qualité des soins rendus à la population. Il participe à l'attractivité du territoire et l'arrivée de nouveaux professionnels de santé.

LES VALEURS DE L'EQUIPE

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » *Définition de l'OMS.*



 ***La bienveillance***

Pouvoir se mettre à la place des autres. Développer ses qualités d'écoute et d'empathie. Prendre soin de soi, des collègues et des patients.

Le professionnalisme 

Être responsable de son travail. Respecter les champs de compétences de chacun. Collaborer les uns avec les autres. Rechercher l'efficacité dans ses actions.



 ***La cohésion***

Communiquer, partager, cultiver un esprit d'équipe. Favoriser les décisions communes, le partage des idées dans le respect.

La solidarité 

Pouvoir compter les uns sur les autres. S'entraider.



 ***La créativité***

Développer ses compétences professionnelles. Être réactif pour avancer. S'investir dans des projets innovants, se donner les moyens de réussir.



Nos valeurs

L'ACCÈS AU SOIN

DÉFINITION



L'accès au soin peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. C'est un article fondateur de l'OMS et un objectif majeur de la sécurité sociale.

OBJECTIFS

- Faciliter l'accès au soin de la population par l'aménagement de l'espace extérieur et de l'espace intérieur ;
- Organiser la prise en charge des catégories de personnes ayant des difficultés d'accès au soin (financière, mobilité) ;
- Apporter des réponses aux demandes de rendez-vous des nouveaux patients en fonction de la profession et des tensions de file-active.

EN PRATIQUE

AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE

Les locaux de la MSP correspondent aux dernières normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite. Un parking gratuit entoure le bâtiment. Des places de stationnement sont réservées aux personnes en situation de handicap. Un affichage et un fléchage dans le bâtiment est en place pour guider l'utilisateur. La charte d'engagement est affichée dans toutes les salles d'attente du bâtiment.

Les pharmacies et les cabinets extérieurs des infirmiers répondent également aux normes d'accessibilité.

Tous les bureaux du bâtiment sont occupés. Le bureau médical vacant, en attendant d'être attribué à un médecin titulaire, est utilisé par les étudiants en médecine pour ouvrir des plages de consultations. Les bureaux des paramédicaux sont optimisés au maximum.

A ce jour, pour développer l'accès au soin et l'offre de soin, le bâtiment de la maison de santé ne peut plus répondre à de nouvelles demandes d'installation ou d'occupation d'espace.

CONVENTIONNEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

Tous les médecins de la MSP sont conventionnés en secteur 1, pratiquent le tiers payant sur demande et acceptent la CMU et l'ACS. Tous les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les orthophonistes sont conventionnés. Ils acceptent la CMU et l'ACS.

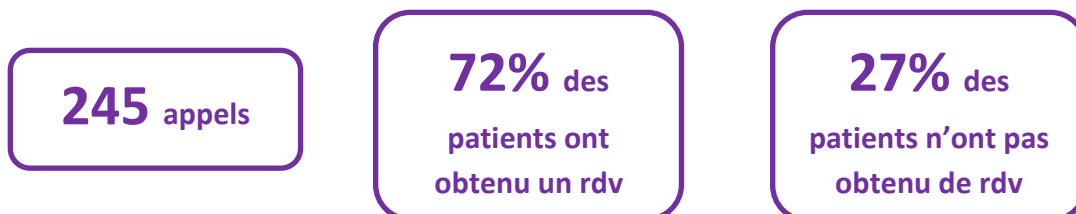
DÉPLACEMENT DOMICILE

Les cabinets des infirmiers acceptent les nouveaux patients. Ils organisent, en plus de leurs tournées de soins à domicile, des permanences au sein de leurs cabinets respectifs.

Les médecins se déplacent à domicile lors de visites programmées pour des personnes dans l'impossibilité de se déplacer. Les kinésithérapeutes et les pédicures-podologues maintiennent également des soins à domicile malgré des emplois du temps surchargés.

L'offre de soin au niveau médical mais aussi pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes est déficitaire sur le territoire.

Les cabinets des médecins ne peuvent plus à ce jour accepter de nouveaux patients. Une enquête sur les soins non programmés en octobre 2019 a fait **apparaître sur une semaine classique au standard téléphonique médical pour des soins non programmés :**



Parmi les patients ayant obtenu un rendez-vous médical dans la semaine, **41% sont reçus par un médecin remplaçant et/ou un interne en médecine.** Les soins non-programmés ne pouvant plus être seulement assurés par des médecins titulaires faute de place dans les emplois du temps.

Les cabinets des kinésithérapeutes et des orthophonistes acceptent des nouveaux patients mais le délai pour un premier rendez-vous peut être très long compte-tenu des plannings surchargés. **Pour les kinésithérapeutes : 3 à 4 mois (hors urgences) et 2 ans d'attente pour les orthophonistes.**



ACTIONS À VENIR

L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

En 2019, l'équipe a commencé à recevoir un stagiaire IPA. Le Dr Van Damme et le Dr Brossaud ainsi que Mme Ghazi, infirmière Asalée ont accepté d'être maîtres de stage référents. Cet accueil s'est poursuivi en 2020 avec un étudiant de deuxième année.

L'infirmier en pratique avancée est une spécialité accessible à tout infirmier ayant une expérience professionnelle de plus de 3 ans. La formation se déroule pendant 2 ans en faculté de médecine et aborde des points comme les pathologies, l'auscultation, la qualité, l'éthique. Il existe quatre spécialités : Les pathologies chroniques stabilisées, la psychiatrie, l'oncologie et la néphrologie.

Il intervient à différents niveaux comme le suivi des patients atteints de pathologies chroniques (diabète, maladie cardiaque, hypertension) en collaboration avec le médecin permettant ainsi de libérer du temps médical. Il peut coordonner les parcours de soins complexes en collaboration avec le médecin traitant et les partenaires du territoire. Il intervient aussi dans la veille documentaire, la qualité, coordination et construction de projets au sein de la structure.



Année N+1 : Recrutement et installation d'un IPA dans l'équipe. Création d'une fiche de poste. Recherche de financement. Début de la prise en charge de patients chroniques stabilisés.

Année N+2 : Déploiement de l'exercice avec l'équipe au complet pour une prise en charge globale et holistique. Travail de coordination des parcours de soins complexes.

Année N+3 : Soutien et support technique sur la méthodologie des projets et actions de prévention (expertise). Veille scientifique sur des innovations en santé.

PROJET IMMOBILIER

Pour attirer des nouveaux professionnels de santé et développer l'accès au soin et l'offre de soin du territoire, la maison de santé souhaite **soutenir et rechercher avec les partenaires institutionnels (Communauté de Commune/Département) des solutions pour agrandir le bâtiment existant et/ou construire de nouveaux bureaux**. En effet, l'installation d'un nouveau professionnel de santé est influencée par la possibilité de pouvoir rapidement louer un local aux normes.

Pour les consultations médicales de garde, l'aménagement de l'espace reste à construire avec une salle de repos qui dispose d'un lit et d'une douche.

COMMUNICATION : SITE INTERNET ET VIDÉO

L'équipe souhaite créer un site internet. Ce site permettrait **d'informer les usagers** (horaires d'ouverture, numéro de téléphone, prise de rdv en ligne pour certaines professions) et de **donner de la visibilité aux actions pluriprofessionnelles**. C'est la possibilité de se rendre accessible en permanence. Le site internet peut être également **un vecteur de recommandations** à destination des usagers dans l'attente d'un rendez-vous.

Les professionnels de l'équipe souhaitent également augmenter leur effectif et attirer de nouveaux professionnels pour des missions de remplacement, de collaboration et d'installation. La vidéo de présentation de l'équipe et du travail pluriprofessionnel est **un outil de communication**.

POUR LES ADOLESCENTS

➤ Les adolescents consultent très peu le médecin généraliste. Ils sont par ailleurs repérés par les établissements scolaires pour du décrochage ou des troubles du comportement. Les prises en charge sont tardives pour les problématiques de surpoids ou de souffrance psychique.

La mise en place d'un réseau de soins autour des adolescents est une nécessité. Le maillage entre professionnels de l'éducation, de la santé et des parents est à construire, à renforcer (protocole pour le repérage et l'orientation).

LES GROUPES À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

➤ Le groupe à visée thérapeutique est **une modalité thérapeutique complémentaire de l'accompagnement individuel** et repose sur les interactions des membres du groupe, avec un accompagnement professionnel. Il **visé à améliorer, développer ou restaurer les capacités relationnelles, physiques et créatives, à favoriser la motivation au changement**. Il peut être décliné sous plusieurs formes avec des adolescents (surpoids, souffrance psychique), des adultes (lombalgie chronique, addiction) et des personnes âgées (chutes, ralentissement psychomoteur). Il est toujours dirigé par deux professionnels différents.

LA CONTINUITÉ DES SOINS

DÉFINITION



La continuité des soins est définie comme la capacité des organisations à délivrer les soins appropriés au bon moment.

OBJECTIFS

- Garantir au patient un accès au soin du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h ;
- Permettre au patient d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité (accès à des soins non programmés) ;
- Organiser la continuité des soins lors des absences des professionnels de santé (congs, formation, maladie).

EN PRATIQUE

CONSULTATIONS NON PROGRAMMÉES

Chaque jour, chaque médecin a des plages réservées pour les soins non programmés réparties sur la journée. Les patients nécessitant un rendez-vous sur ces plages sont mis en priorité avec leurs médecins traitants. En cas d'indisponibilité de leur médecin traitant, ces patients sont pris en charge par un médecin de l'équipe.

Des remplaçants sont trouvés pour garantir la continuité des soins médicaux et la possibilité de recevoir des patients sans médecin traitant quand cela est possible. 5 médecins de l'équipe sont maîtres de stage pour accueillir des étudiants en médecine.

ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

Les périodes de congés sont réparties pour éviter toute rupture de continuité des prises en charge. Chaque spécialité détermine les modalités d'établissement de ce calendrier. Pendant les périodes d'absence, le professionnel de santé absent se fait remplacer soit par ses autres confrères, soit par un remplaçant extérieur à la MSP qui exerce à sa place. La MSP Bercé Santé est ouverte toute l'année.

TOUTE L'ÉQUIPE s'organise pour optimiser au maximum l'espace, le temps médical et paramédical. Aucun bureau n'est inoccupé. La gestion des plannings assure des soins au cabinet et à domicile.

LA FORMATION INITIALE

DÉFINITION



Les professionnels de santé de la MSP ont la possibilité d'accueillir et d'accompagner des stagiaires. La structure constitue un terrain de stage de formation pour les futurs professionnels.

OBJECTIFS

- Sensibiliser et favoriser l'implication des stagiaires à un exercice coordonné et pluriprofessionnel ;
- Informer des spécificités de la MSP (organisation, fonctionnement) ;
- Permettre une découverte des différents métiers du paramédical et des différentes pratiques professionnelles.

EN PRATIQUE

La MSP Bercé Santé favorise la maîtrise de stage. Le maître de stage est responsable de son stagiaire et de l'accueil de celui-ci.

Les stagiaires de chaque profession rencontrent la coordinatrice à leur arrivée dans la MSP pour une présentation de l'exercice coordonné. Ils ont la possibilité de participer aux actions pluriprofessionnelles de l'équipe (réunions de concertation et/ou d'information, actions de prévention).

La coordinatrice remet aux stagiaires un trombinoscope de l'équipe pluriprofessionnelle. Elle propose un temps d'1h30 avec l'infirmière Asalée pour expliciter l'exercice coordonné et le dispositif Asalée pour les stagiaires médecins.

Les cabinets des paramédicaux sont ouverts sur demande du stagiaire pour effectuer un temps d'observation en séance de travail et/ou un temps d'échange sur la pratique du professionnel.

En 2019, la MSP a accueilli 12 stagiaires dont 6 internes et 6 paramédicaux.

En 2020, la MSP a accueilli 10 stagiaires dont 6 internes et 4 paramédicaux.

L'accueil des stagiaires participe à l'attractivité de la maison de santé et reste un levier d'installation important.

LA FORMATION PLURIPROFESSIONNELLE

DÉFINITION



La formation pluriprofessionnelle donne la possibilité à différents professionnels de santé issus de diverses professions d'être formés ensemble sur un sujet donné, dans l'intention d'avoir un langage commun autour d'une pathologie identique ou d'une même attitude à adopter face au patient.

OBJECTIFS

- Favoriser la cohérence des pratiques au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ;
- Partager et porter des messages, des actions en commun.

EN PRATIQUE

Chaque année, le comité de gestion valide le financement d'une ou plusieurs formations à destination de l'équipe pluriprofessionnelle, en fonction des besoins remontés ou des actions menées au cours de l'année (Cf. annexe Fonctionnement des instances).

En 2018, l'équipe a bénéficié d'une sensibilisation au risque de suicide portée par l'équipe mobile suicide de l'EPSM de la Sarthe ainsi que la formation au dispositif OBEPEDIA (parcours de soin de l'enfant en situation d'obésité complexe).

En 2019, l'équipe a pu se former aux gestes de premiers secours avec l'organisme Urgent e-Sim Formation.

Cette formation est reconduite en 2021 et porte sur deux sessions « La reconnaissance et la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire » et « la reconnaissance et la prise en charge d'une détresse vitale, choc anaphylactique, asthme aigu grave, malaise ».



ACTIONS À VENIR

ÉQUIPE RÉFÉRENTE

Constituer une équipe référente en charge de recueillir les besoins de l'équipe, chercher les prestataires et construire un rétroplanning sur l'année N+1 et N+2 en lien avec la coordinatrice. Les formations pluri-pro sont toujours en lien avec les actions développées sur l'année.

ANALYSE DE PRATIQUE

L'équipe souhaite construire des temps d'échange réflexifs entre professionnels **afin de consolider la qualité de la démarche de soin**. En effet, un travail d'analyse des pratiques et du ressenti des professionnels, effectué en groupe, contribue à **affiner la qualité d'écoute et la compréhension des situations complexes et des mécanismes à l'œuvre**. C'est un temps de travail qui contribue à la formation individuelle et collective.



Année N+2 : Définition des objectifs, construction du cadre et recherche d'un animateur.

Année N+3 : Mise en œuvre au sein de l'équipe.

LA COOPÉRATION INTERNE

DÉFINITION



La coopération interne consiste pour les professionnels de la MSP à s'organiser ensemble pour travailler et mettre en œuvre des actions communes. Elle s'appuie sur la complémentarité des compétences de chaque professionnel.

OBJECTIFS

- Porter des réflexions collectives sur la gestion de la structure, de l'équipe, la mutualisation des ressources. ;
- Apporter au patient une meilleure prise en charge globale ;
- Renforcer la qualité de la prise en charge du patient par une pratique pluriprofessionnelle.

EN PRATIQUE

LA COMMUNICATION ET LE PARTAGE DE L'INFORMATION

Le Système d'Information Partagé choisi par l'équipe est **WEDA**.

Les professionnels de la MSP s'engagent à utiliser le logiciel partagé et à s'en servir pour se coordonner autour du patient.

Les patients sont informés (par un affichage en salle d'attente) que les données de leur dossier peuvent être partagées totalement ou partiellement, lorsque c'est utile, entre les professionnels de la MSP qui les prennent en charge. Les patients ont la possibilité de dénoncer ce principe et d'en restreindre l'accès s'ils le souhaitent. Un professionnel a la possibilité de briser cette restriction en cas d'urgence vitale.

LES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLES (RCP)

Les RCP sont organisées une fois par mois. Elles regroupent les professionnels impliqués dans la prise en charge d'une situation patient qui nécessite un temps d'articulation et d'échange pluriprofessionnel. Un animateur de séance est nommé dans l'équipe. Son rôle est de faire émerger la problématique principale et les

solutions envisagées en veillant à la prise de parole de chacun et au respect du cadre des échanges (non-jugement, bienveillance).

Elles permettent :

- D'améliorer la communication et la coordination entre les différents professionnels autour d'un patient, dans et en dehors de l'équipe ;
- De limiter les pertes de temps et les essoufflements en essayant de trouver des solutions ou des pistes ensemble ;
- De prendre un temps pour mettre de la distance, voir autrement la situation ou une pratique, analyser (approche pluriprofessionnelle, regard extérieur...) ;
- De rompre l'isolement par rapport à une situation problématique.

LES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS

Le protocole est un outil d'organisation et de répartition des étapes d'une prise en charge ou d'une procédure collective entre professionnels de santé de métiers différents. Il est réalisé par et pour l'équipe à partir d'un constat de problématiques d'organisation, de prise en charge, de demandes récurrentes de patients ... Il aide les professionnels à se coordonner.

L'équipe dispose actuellement de deux protocoles qui sont :

- Le protocole de soin personnalisé à destination des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Prise en charge pluriprofessionnelle des plaies du membre inférieur chez le diabétique.

LA FONCTION DE COORDINATION

Le coordinateur permet à l'ensemble des professionnels de l'équipe de travailler ensemble, de façon cohérente et organisée, pour mettre en œuvre le projet de santé.

Estelle Parrot, pédicure-podologue au sein de l'équipe, a accepté cette mission depuis 2017. Son temps de travail se répartit actuellement sur 11h hebdomadaires et reste en constante augmentation (15h en 2021) face aux besoins d'une équipe qui grandit et aux projets qui se développent (Cf. Fiche de poste).

La gestion administrative et financière de la SISA est assurée par les co-gérants en lien avec la coordinatrice. L'équipe confie aussi des fonctions supports comme le responsable bâtiment, le responsable informatique et la gestion des stocks des EPI (Équipements de Protection Individuels) à des membres de l'équipe volontaires.



ACTIONS À VENIR

COORDINATION

Au vu de la charge de travail en constante augmentation, avec la maturité de l'équipe et les projets qui se développent, les missions de la coordination doivent être retravaillées. Actuellement, l'objectif est de repositionner la coordination en accompagnement méthodologique des référents. Elle porte la vision globale de l'équipe et articule les différents projets.

CAFÉ WEDA

- Amener l'ensemble des professionnels à monter en compétence sur l'utilisation de l'outil ;
- Avoir une culture commune (Où je mets l'information ? Quelle information je mets ?).



Année N+1 : Harmonisation des pratiques en monoprofessionnel.

Année N+2 : En fonction de la maturité de l'équipe, harmonisation des pratiques en pluriprofessionnel.

Exemples : Création d'un courrier type, d'un en-tête, des destinataires, des formulaires, des requêtes. La création de prescription et d'ordonnance. Le partage des données de santé. Etc.

INTERCONNAISSANCE

- Valoriser nos pratiques professionnelles et nos formations individuelles ;
- Remettre en perspective les recommandations des bonnes pratiques, dans la littérature ;
- Travailler autour d'un thème en articulant théorie et pratique.



Année N+1 : Constitution d'une équipe référente. Définition des objectifs et du cadre. Proposition d'un calendrier avec thèmes et intervenants (rétroplanning).

Année N+2 : Mise en œuvre avec l'agenda de l'équipe.

Exemple de format : RCP Positive, cas clinique, analyse théorique ...

RENFORCER LES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS

Les deux protocoles écrits sont actuellement sous-utilisés. Très peu de patients y sont inclus.

- Constituer une équipe référente et établir un planning de travail avec des temps d'évaluation (tous les 6 mois) ;
- Comprendre les freins et apporter des solutions ;
- Travailler les protocoles de délégation de tâche.

LE PARCOURS D-NUT

Le parcours D-Nut est une expérimentation financée par l'assurance maladie et l'ARS des Pays de la Loire dans le cadre de l'article 51 de la nouvelle loi de finance de la sécurité sociale.

C'est un parcours pluriprofessionnel, de 4 à 6 mois, de **prise en charge des patients de plus de 60 ans dénutris à leur domicile.**

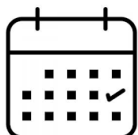
- Intégrer le parcours après un temps d'information à l'ensemble de l'équipe ;
- Former 2-3 professionnels de l'équipe la première année. ;
- Mettre en œuvre les prises en charge.



N+1 : Septembre 2021, présentation de l'action et mobilisation des professionnels concernés pour se former. Novembre 2021 : lancement du parcours.

APPLICATION DU RGPD EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

L'entrée en vigueur du **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)** le 25 mai 2018 renforce le droit des personnes concernant le traitement de leurs données à caractère personnel. Les MSP devant se mettre en conformité, nous avons inscrits cette action au long cours dans notre projet de santé. La coordinatrice ayant déjà participé à un atelier « MSP en pratique » sur la mise en conformité RGPD, l'équipe a en sa possession le guide de mise en conformité "pas à pas".



N+1 : Nomination d'un DPO (Délégué à la protection des données, ici, la coordinatrice), travail sur la mise en conformité de la MSP et sensibilisation des équipes au RGPD.

LA COOPÉRATION EXTERNE

DÉFINITION



La coopération externe s'exprime pour les professionnels de la MSP par la prise en compte du territoire et de ses spécificités, et se traduit par le développement de partenariats nombreux et actifs.

OBJECTIFS

- Développer et entretenir des liens, des partenariats réfléchis, choisis par les professionnels de santé ;
- Favoriser une prise en charge de qualité, de proximité et pluriprofessionnelle des patients.

EN PRATIQUE

La co-construction avec les partenaires est une ambition portée par l'équipe. Il existe un enjeu majeur dans l'interconnaissance et la connaissance partagée pour mener à bien nos missions de santé et d'accompagnement des personnes.

Actuellement, la MSP organise des réunions d'une heure tous les trimestres. Les intervenants sont invités en fonction des besoins remontés par l'équipe mais aussi en lien avec les actions menés (prévention, éducation thérapeutique ...).

A titre d'exemple, depuis 2019, l'équipe a pu rencontrer différents acteurs du territoire comme le CMP, la maison des adolescents, la maison de la petite enfance, la PMI, le centre de planification.

Un partenariat plus formalisé avec le CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) et le CMP commence à se construire avec des interlocuteurs identifiés et des besoins qui se précisent pour la prise en charge des patients.

Pour le CMP : un document organisationnel a été proposé. Ce document décrit l'utilisation de l'ECG (Electrocardiogramme) dans la MSP par les infirmiers du CMP pour des patients suivis par les 2 structures ainsi que la coordination des professionnels autour des patients complexes.

Un lien particulier avec l'hôpital local : plusieurs rencontres entre le président de la CME, la coordinatrice et les médecins.



ACTIONS À VENIR

VEILLE SUR LES PROJETS DU TERRITOIRE

L'équipe se tient disponible auprès de la communauté de commune et du département pour répondre aux sollicitations, aux réunions en lien avec les enjeux de santé afin de :

- Mettre en cohérence le projet de santé de la MSP avec les politiques de santé au niveau territorial ;
- Mutualiser les moyens pour répondre aux besoins de santé en matière d'éducation et de prévention.

RENFORCER LES COLLABORATIONS

VILLE-HOPITAL

- Travailler sur les sorties d'hospitalisation.

LE CLIC

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil destiné aux personnes âgées, à leurs familles et aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

- Travailler les fiches de liaison.

AVEC LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES :

- Manque de coordination avec la médecine scolaire et les intervenants dans les établissements scolaires. **Construire des temps d'interconnaissance avec les équipes AESH (Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap) ;**
- Consolider les partenariats avec les établissements scolaires (convention pour travailler ensemble sur le champ de la prévention ou sur des actions à visée thérapeutique au sein des établissements).

AVEC LES STRUCTURES PERSONNES AGÉES :

- Développer le partenariat et la coopération avec le béguinage de Luceau et le foyer logement les Vertolines pour déployer des actions de prévention, obtenir un appui en termes de logistique et d'espace (regroupement des personnes, prêt de salle adaptée) mais aussi dans la participation à des actions de santé publique et d'implication des usagers.

LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

DÉFINITION



Les actions de santé publique sont destinées à préserver et à protéger la santé des citoyens et dépendent de la collectivité. La santé publique est définie comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif.

OBJECTIFS

- Répondre aux défis de santé publique, notamment au travers de la prévention ;
- Développer des partenariats avec le tissu local associatif mais aussi social.

EN PRATIQUE

L'équipe porte une attention et un intérêt particulier pour les actions de prévention.

LES PROJETS « PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ »

Un projet à destination des adolescents sur la thématique « Être acteur de sa santé » se déroule depuis 2018 en partenariat avec les deux collèges du territoire. Nous abordons avec les élèves en classe de 5^{ème} la thématique « Activité physique et alimentation » puis en classe de 4^{ème} depuis 2020 la thématique « Vie affective et sexuelle ». Ce parcours de prévention est une opportunité pour créer de nouveaux partenariats et une dynamique de santé sur le territoire.

LE DISPOSITIF ASALÉE

La coopération Asalée au sein de l'équipe réunit une infirmière Asalée, Marie-Andrée Ghazi et 7 médecins généralistes. Il repose sur une offre d'Education Thérapeutique (ETP) et la délégation dérogatoire de certains actes médicaux. Le travail s'organise autour :

- Du suivi de maladies chroniques : diabète et maladie cardio-vasculaire ;
- Du sevrage tabagique et dépistage de la BPCO ;

- De la prévention du surpoids de l'enfant et de l'adulte.
- Des bilans mémoire.

Le retour au médecin est formalisé lors de temps de concertation, tracé dans le SIP et comptabilisé dans les RCP. Les temps de formation sont organisés pour l'infirmière dans le cadre du dispositif Asalée.

LE MOIS SANS TABAC

La campagne de communication nationale #MoisSansTabac est un **défi collectif** qui consiste chaque année à inciter et accompagner tous les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac **en novembre**. À Montval-sur-Loir, la campagne est portée par l'hôpital local (consultation addictologie). Notre infirmière Asalée s'inclut dans cette dynamique en organisant des ateliers avec un médecin de l'équipe.



ACTIONS À VENIR

AUPRES DES ADOLESCENTS

- Poursuivre les actions de prévention à destination des élèves sur la thématique « Être acteur de sa santé » en les faisant évoluer au regard des besoins identifiés par les professionnels de santé de la MSP et les établissements scolaires.
- C'est aussi selon la terminologie de l'OMS, dans l'optique préventive, dire qu'« il est **important de renforcer les compétences psychosociales des adolescents pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal**. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes mais aider à les formuler ». Plus un adolescent va mal, moins il sollicitera de l'aide...Mais il existe une multiplicité de petits signes d'alerte.
- Travailler avec la collectivité pour co-construire des projets en prévention santé. Le thème de l'activité physique et de l'alimentation peut être retenu pour démarrer.

L'IMPLICATION DES USAGERS

DÉFINITION



L'implication des usagers désigne la participation des usagers à la vie et aux actions de la MSP. Les usagers ont la possibilité d'exprimer leur satisfaction et leurs attentes concernant l'aspect structurel et organisationnel de la MSP.

OBJECTIF

- **Promouvoir le pouvoir d'agir de toute personne, y compris les plus vulnérables, sur leur propre santé et sur le système de santé.**

EN PRATIQUE

Information aux patients

Un affichage de la charte d'engagement, expliquant le fonctionnement de la MSP et relative au fonctionnement de l'équipe (horaires d'ouverture, prise en charge des soins non programmés, partage des données de santé dans un SIP) est placée dans chaque salle d'attente des professionnels de la MSP.

La page Facebook de la MSP permet de relayer des informations sur les actions au sein de la maison de santé.

Devant la tension grandissante entre usagers et secrétaires, il a été décidé que la coordinatrice consacrerait du temps pour communiquer à destination des usagers sur la problématique de l'offre de soin sur le territoire (ainsi que vers les élus) au travers d'interview dans les journaux locaux. Plusieurs articles sont parus sur cette thématique.

L'objectif de cette communication est d'explicitier les difficultés auxquelles nous sommes confrontés (professionnels, usagers et élus) et de valoriser les actions de l'équipe.



ACTIONS À VENIR

INFORMER LES USAGERS-CITOYENS

- Communiquer les actions de la MSP au travers des salles d'attente, d'un site internet et des médias locaux (presse, radio).

CONSULTER LES USAGERS-CITOYENS

- Questionner les patients, tout âge confondu (adolescents, adultes, personne âgée) sur leurs attentes et leurs besoins au regard de la définition de la santé de l'OMS. Travail avec un collectif de patients représentant les usagers.

IMPLIQUER LES USAGERS-CITOYENS



N+1 : Poser le cadre de la communication aux usagers (Ex : Gazette numérique, site internet, enquête de satisfaction).

N+2 : Création d'un collectif d'usagers à consulter sur les actions en cours et à venir.

N+3 : Implication des usagers dans des actions co-construites.

LA DYNAMIQUE D'ÉQUIPE

DÉFINITION



La dynamique d'équipe vise à favoriser la qualité de vie au travail et la qualité des soins par une démarche d'équipe.

OBJECTIFS

- Faire fonctionner en équipe la solidarité et l'ambiance d'équipe ;
- Favoriser la confiance pour renforcer notre capacité à travailler ensemble ;
- Partager une organisation commune ;
- Mettre en valeur les qualités et les appétences des uns et des autres, au-delà de nos champs professionnels.

EN PRATIQUE

LES TEMPS CONVIVIAUX

Le **jour de l'assemblée générale** est un temps qui rassemble toute l'équipe. Il est proposé de partager un apéritif et un temps convivial (ex : jeu de Molky) avant de rentrer dans les formalités comptables et juridiques de la société.

La **réunion de rentrée** est proposée au mois de septembre. Elle permet de relancer la dynamique d'équipe après les congés d'été et de faire un rappel sur le calendrier des actions à venir.

En 2019, des cours de Yoga étaient organisés une fois par semaine sur le temps du midi avec la présence d'un professeur.

L'ORGANISATION EN COMMUN

Une **action de développement durable** est portée par deux membres de l'équipe pour mettre en place une filière de recyclage des masques chirurgicaux avec la collectivité.



ACTIONS À VENIR

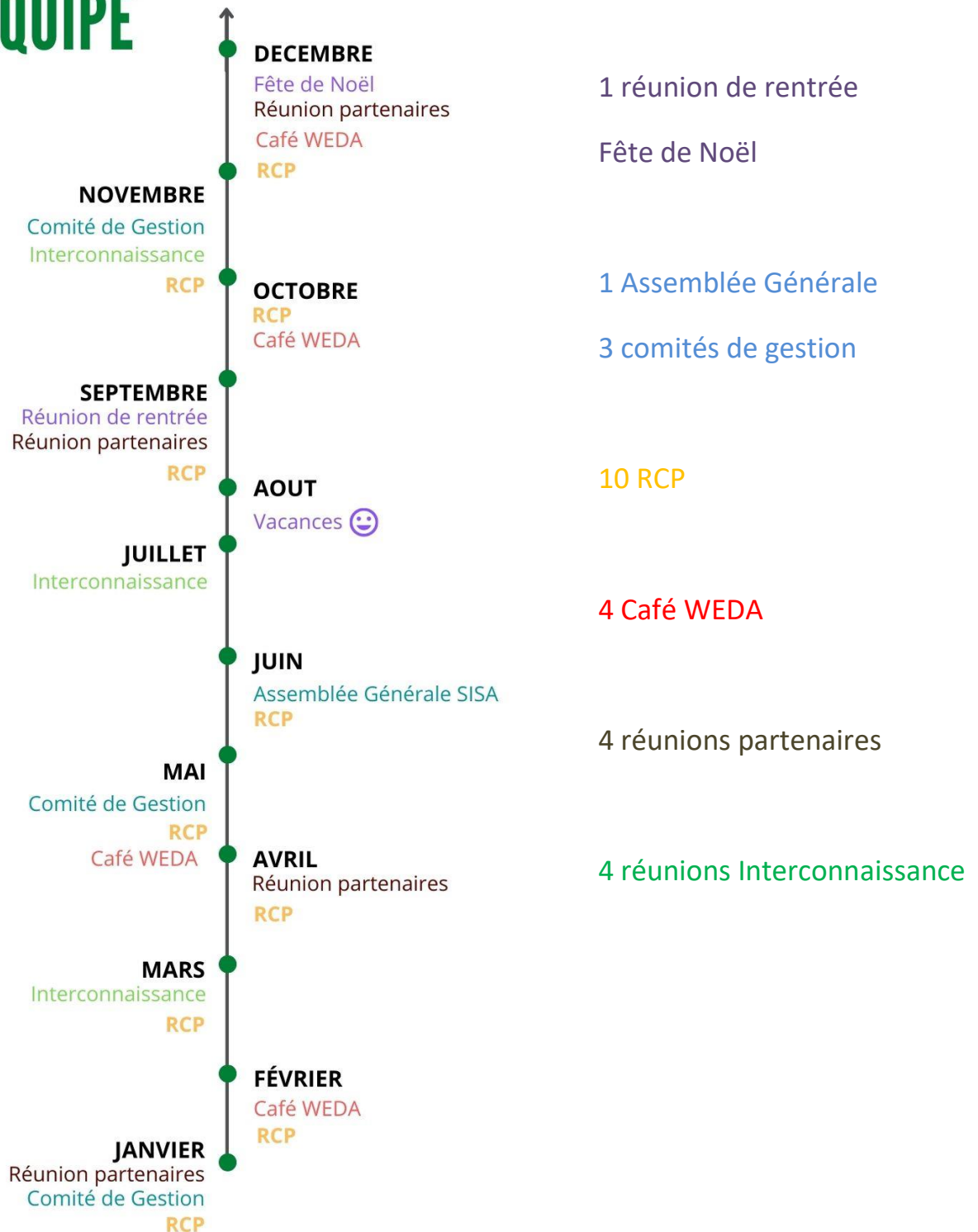
FAVORISER LES TEMPS CONVIVIAUX

- Porter une attention continue à l'ambiance d'équipe pour favoriser le bien-être au travail ;
- Proposer des temps de détente dans et hors du bâtiment de la MSP.

LA CHRONOLOGIE DE LA VIE D'ÉQUIPE

VIE D'ÉQUIPE

Organisation et réunion de la vie d'équipe sur une année.



L'ORGANISATION DE L'ÉQUIPE

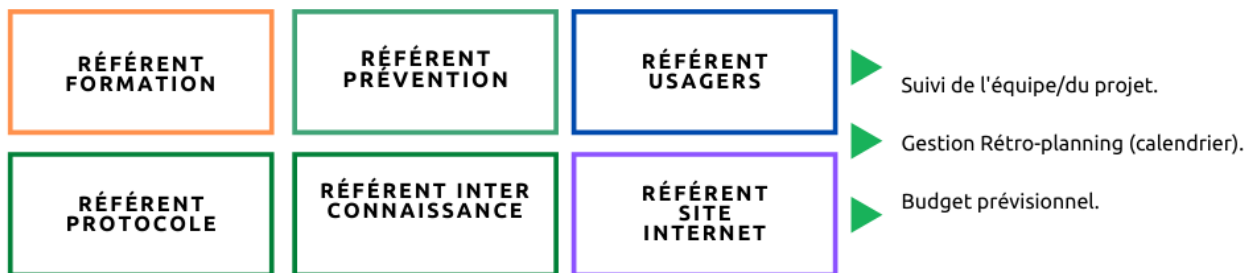
ORGANISATION D'ÉQUIPE

LA COORDINATRICE

Coordination Interne et Externe.
Faire circuler l'information entre les professionnels.
Organisation et animation des réunions.
Gestion globale de l'agenda de l'équipe.

Articule avec les référents la mise en oeuvre des actions et des projets.

LES POSTES:



LA SISA

Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires.

- ▶ Des Statuts
- ▶ Un règlement intérieur
- ▶ Un projet de santé

LES ASSOCIÉS

Signent le projet de santé et participent à sa mise en oeuvre.

Gestion et direction de la SISA

COMITÉ DE GÉRANCE
2 professionnels

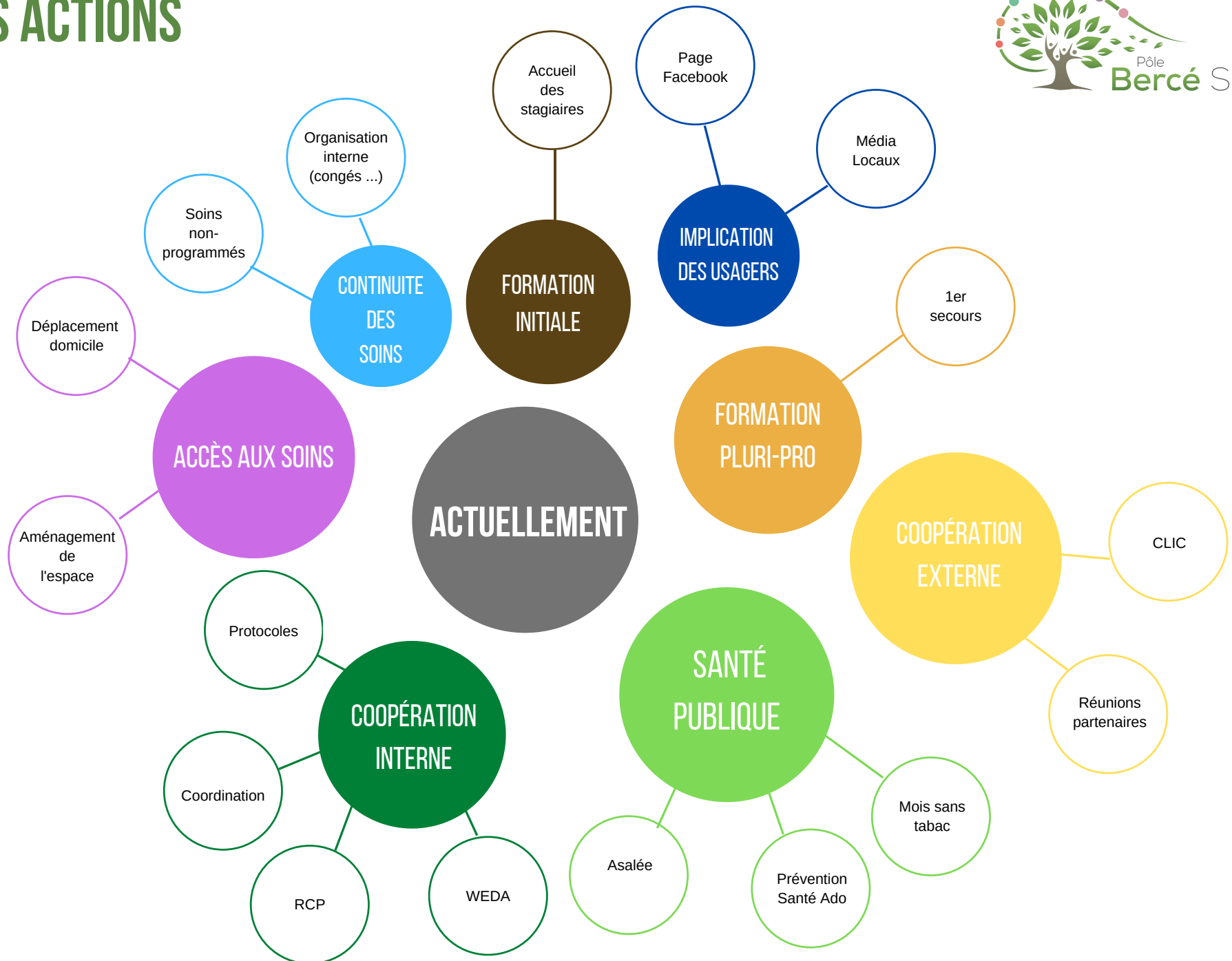
COMITÉ DE GESTION
Représentants de chaque profession

COORDINATEUR
1 professionnel

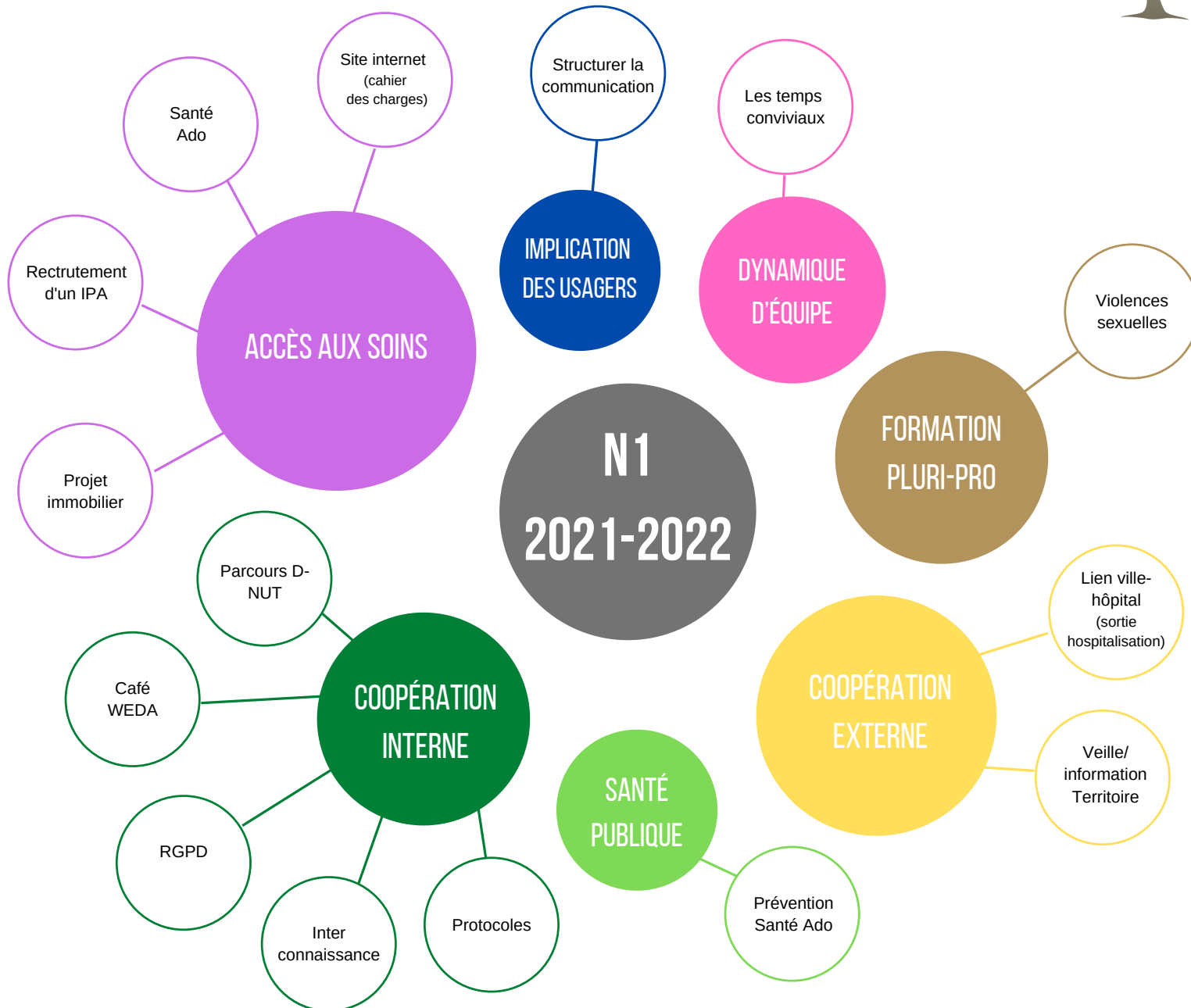
Articule le projet de l'équipe
Communique en interne et en externe
Organise et anime les réunions

mission comptable mission juridique

NOS ACTIONS



PROJECTION DES ACTIONS À N+1



ANNEXE 1

FICHE DE POSTE COGERANCE

La co-gérance de la SISA est assurée par des professionnels de santé.

Les 2 co-gérants se partagent les missions qui incombent à la gérance d'une SISA :

⇒ **MISSIONS COMPTABLES et JURIDIQUES :**

- Paiement et classement des factures de la SISA
- Tenue des comptes de la SISA
- Lien avec l'expert-comptable et le juriste
- Animation de l'assemblée générale avec la coordinatrice et présentation des comptes
- Préparation du budget prévisionnel de l'année suivante
- Rémunération des professionnels de santé
- Mise à jour du règlement intérieur et des statuts
- Gestion administrative des entrées et des sorties des associés
- Rédaction des procès-verbaux.

⇒ **MISSIONS DE REFLEXION SUR LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'EQUIPE/**

Les co-gérants se réunissent régulièrement avec la coordinatrice pour fixer les axes d'orientations stratégiques de l'équipe.

Les 2 postes de co-géranes sont rémunérés au forfait sur la base de 72h de travail par an.

ANNEXE 2

FICHE DE POSTE COORDINATRICE

1) OBJECTIF PRINCIPAL DU POSTE

- Articuler et gérer les activités particulières du mode d'exercice regroupé et coordonné
- Faciliter la gestion administrative de la structure
- Assurer la communication interne et externe

2) REMUNERATION

Le poste de coordination du pôle Bercé santé est un poste de **14h/semaine**. Le professionnel de santé qui occupe ce poste s'engage à libérer plusieurs matinées par semaine pour la coordination. Le professionnel de santé est lié à ce poste par une lettre de mission qui reprend les principaux axes du travail de coordination. **Ce poste est rémunéré 50€ de l'heure.**

3) LES ACTIVITES

➤ Coordination interne :

- Gestion de la boîte mail et du courrier de la SISA et redistribution du courrier
- Gestion du planning des réunions et de la salle de réunion
- Organisation et animation des réunions de coordinations, des soirées à thèmes (invitation, feuille d'émargement et compte-rendu)
- Mise à jour du projet de santé en lien avec le comité de gestion
- Suivi, aide à la mise en œuvre et évaluation des actions de soins par :
 - Aide à la définition des actions et accompagnement à l'écriture
 - Création de support d'informations et d'outils (plaquette ..)
 - Evaluation de l'action
- Faire circuler l'information entre les professionnels

➤ Coordination externe :

- Liens avec les institutions : *ARS, CPAM ...*
- Liens avec les acteurs médico-sociaux du territoire : *CLIC, MAIA-PAERPA, PMI, Hôpital...*
- Liens avec les acteurs du champ de la prévention et de la santé : *département, région, fondation...*
- Communication avec les patients
- Liens avec la communauté de communes et les nouveaux PS intéressés pour intégrer le pôle Bercé santé : présentation du mode de travail coordonné, de la charte du regroupement et du projet de santé.

➤ Gestion administrative :

- Classement et mise à disposition des justificatifs à fournir à la CPAM dans le cadre de la contractualisation avec la CPAM

4) LES COMPETENCES

SAVOIR :

- Maîtrise de l'outil informatique et des logiciels Word, Powerpoint et Excel
- Rédiger un ordre du jour et un compte-rendu

SAVOIR FAIRE :

- Faire le lien entre les professionnels de santé
- Prendre la parole en public

SAVOIR ETRE :

- Etre à l'écoute de l'équipe
- Etre organisé et méthodique
- Etre capable d'améliorer les dynamiques collectives au sein du regroupement
- Etre facilitateur du groupe : aider l'équipe à améliorer la manière dont elle travaille ensemble