

# PROJET DE SANTE

2024



Pôle de Santé  
Libéral Ambulatoire  
du Bassin d'Evreux

## Table des matières

I.	Introduction.....	1
I.	Présentation de l'équipe, du projet pluriprofessionnel et du territoire.....	1
A.	Organisation pluriprofessionnelle et fonctionnelle de l'équipe du PSLABE.....	1
B.	Description succincte du territoire d'intervention.....	2
II.	Le travail en équipe pluriprofessionnelle .....	3
A.	Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP).....	3
B.	Protocoles.....	4
C.	Coordination avec les autres acteurs du territoire, partenariats.....	5
D.	Dynamique d'équipe .....	6
E.	Système d'information partagé .....	7
III.	Projet de santé et accès aux soins.....	9
A.	Analyse des besoins, gestion du projet de soins et démarche qualité.....	9
B.	Accès aux soins et continuité de soins.....	10
C.	Autres projets développés au sein du PSLABE .....	12
D.	Implication des patients.....	14
IV.	Synthèse .....	18
A.	Tableau de synthèse de notre auto-évaluation avec la matrice des soins primaires.....	18
B.	Tableau d'actions .....	19
V.	Conclusion.....	19

## I. Introduction

Le Pôle de Santé Libéral Ambulatoire du Bassin d'Évreux (PSLABE) regroupe des professionnels de santé de proximité du territoire. Par leurs actions collectives, l'exercice regroupé permet d'apporter une qualité de service nouvelle, pour mieux répondre aux besoins de santé de la population du territoire ébroïcien.

Le projet de santé, document de référence de l'organisation, mis à jour chaque année et collectivement, définit les objectifs communs visés par l'équipe et adoptés par tous. Il rend compte de l'analyse des besoins de santé de la population et des actions prioritaires retenues par l'équipe et précise ses bases de fonctionnement. Il inclut les relations avec les autres acteurs du territoire. Au-delà de la feuille de route, le projet de santé incarne la vision stratégique qui réunit l'équipe. À ce titre, son élaboration doit être considérée comme un processus fondateur qui peut prendre du temps.

## I. Présentation de l'équipe, du projet pluriprofessionnel et du territoire

### A. Organisation pluriprofessionnelle et fonctionnelle de l'équipe du PSLABE

Le PSLABE regroupe 46 professionnel.le.s de santé :

- 13 médecins généralistes et 1 chirurgien orthopédique
- 13 infirmier.e.s D.E
- 8 masseurs-kinésithérapeutes
- 8 pharmaciens
- 1 diététicienne
- 1 orthophoniste
- 1 pédicure-podologue

### Règlement intérieur

Le règlement intérieur fixe les conditions d'exercice des activités en commun et les modalités pratiques de fonctionnement de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires « Pôle de Santé Libéral Ambulatoire du bassin d'Évreux » (Annexe 1).

### Comité de gérance

Les 3 gérants de la SISA constituent le comité de gérance qui a pour missions de traiter des aspects financiers, stratégiques et de communication externe de la structure. Il arrête la part du budget à accorder à l'indemnisation des professionnels de santé. Le comité de gérance se réunit tous les 3èmes jeudis du mois. 2 membres du comité consultatif de coordination pourront être présents à chaque réunion, et limité aux deux premiers à manifester leur intention de participer, de même que la coordinatrice du PSLA. Les porteurs et responsables de projets ou de protocoles pourront être présents selon l'ordre du jour et sur la base du volontariat, sur demande préalable à la coordinatrice.

## Comité Consultatif de Coordination

Le comité consultatif de coordination intervient sur les questions opérationnelles, notamment relatives aux sujets suivants : règlement intérieur, charte d'engagement, gestion des crises, définition des partenariats, rédaction des conventions, missions de santé publique, protocoles etc. Il veillera à limiter les investissements aussi bien en travail pour les projets ou les protocoles que les achats mobiliers afin de préserver une valeur du point. Le comité consultatif de coordination sera chargé d'étudier différents scénarios de calcul de la valeur du point en lien avec le comité de gérance. Il est constitué d'au minimum 1 membre par profession de santé représentée au sein de la Société, devenant de fait porte-parole de sa profession. Ses membres sont élus chaque année en assemblée générale et tirés au sort si aucun candidat ne se présente. 1 membre du comité consultatif de coordination sera désigné parmi les professions de santé représentée au sein du Pôle comprenant moins de 6 professionnels et 2 membres du comité consultatif de coordination seront désignés parmi les professions de santé représentée au sein du Pôle comprenant plus de 6 professionnels. Le comité consultatif de coordination se réunit de 1 à 3 fois par trimestre, selon les besoins, et chaque réunion dure au maximum 2 heures. La présence d'un gérant-e à la réunion est possible, l'invitation et la participation d'un expert au comité l'est également, étant précisé que l'expert ne dispose d'aucun droit de vote au sein du comité consultatif de coordination. La coordinatrice du Pôle assiste aux réunions.

### B. Description succincte du territoire d'intervention

La ville d'Évreux, chef-lieu du département de l'Eure, polarise un bassin d'influence de 76 communes pour un peu plus de 100 000 habitants. L'agglomération d'Évreux (Grand Évreux Agglomération) représente, avec ses 82 000 habitants, l'essentiel de ce bassin. Le territoire de l'aire urbaine se caractérise par une armature urbaine extrêmement simple. Evreux rassemble 50 % des habitants de l'aire urbaine et 80 % des emplois et s'impose comme le pivot unique du territoire. Ce poids « hyper dominant » de la ville centre pose un enjeu de maillage et d'aménagement équilibré pour le territoire.

L'Eure est dans les dernières places du classement sur la démographie médicale, avec une désertification en milieu rural qui s'intensifie, couplée à un appauvrissement en milieu urbain. En 2023, à Evreux, on recense 6 600 personnes sans médecin traitant. Evreux même recense 32 médecins généralistes dont presque 60% ont plus de 55 ans.

De manière globale, les principaux enjeux de santé identifiés par les professionnels de santé sont :

- Maladies cardiovasculaires et les cancers
- Prévalence plus forte de diabète, obésité, conduites addictives, troubles psychologiques dans deux quartiers.
- Pluri pathologies liées à l'âge
- Besoins en kinésithérapie respiratoire,
- Des spécialistes installés préférentiellement dans le centre d'Evreux et dans le quartier de la madeleine avec des délais d'attente élevés pour les spécialistes (surtout cardiologues, ophtalmologue, rhumatologues, orthophonistes) et une difficulté à être joignable par les professionnels de santé de ville,
- Éducation thérapeutique : Education hygiène bucco-dentaire, Diététique -nutrition et sport, asthme, Contraception, Conduites addictives, Formation aux pansements pour les plaies chroniques.

## II. Le travail en équipe pluriprofessionnelle

### A. Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP)

Les réunions de concertation pluriprofessionnelles sont organisées autour de trois objectifs :

- prendre une décision pour gérer une situation complexe présentée par un patient ;
- rechercher la cause d'un évènement indésirable ;
- définir a priori les modalités de prise en charge optimale d'une catégorie de patients.

Elles peuvent déboucher sur un plan personnalisé de santé, sur des mesures de sécurisation des soins ou encore un protocole pluriprofessionnel. Au-delà de ces objectifs, elles contribuent puissamment à développer une culture pluriprofessionnelle (reconnaissance mutuelle, relations de confiance...) qui sera le ciment de l'équipe. Même si beaucoup d'équipes organisent spontanément de telles réunions, il est nécessaire de les structurer autour de quelques principes (regard croisé, référence aux données de la littérature, suivi des décisions) sans quoi elles risquent de ne pas être efficaces et, par conséquent, d'être abandonnées.

Notre évaluation concernant les RCP :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	RCP 1 fois/mois Sur Plexus Ordre du jour + CR
Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluripro (protocoles pluripro...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Grille SAED + formulaire Globules
Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Un suivi des décisions est organisé.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Nos objectifs 2025 concernant les RCP :

- 100% des patients vu en RCP avec une traçabilité sur Globule
- Vérification des actions mises en place à +1 à 3 mois

## B. Protocoles

Un protocole pluriprofessionnel décrit, pour une situation type, le schéma optimal de prise en charge par l'équipe en précisant qui fait quoi, quand, comment. Ces protocoles sont élaborés ou adoptés par l'équipe en tenant compte des données de la science (recommandations de la HAS...) et de l'environnement local de travail (ressources...). Ces protocoles sont un moyen efficace pour organiser la prise en charge pluriprofessionnelle. Pour autant, beaucoup de protocoles restent inappliqués faute d'un suivi et d'une analyse de leur mise en place. C'est la raison pour laquelle il est important de les associer à des indicateurs de pratique clinique, partagé par l'équipe et, autant que possible, renseignés dans le dossier des patients.

Notre évaluation concernant les protocoles :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	besoins identifiés par les professionnels de santé. validation de la mise en place d'un protocole par comité consultatif
Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	améliorer la diffusion et la mise en oeuvre des protocoles, tous les professionnels ne les mettent pas en application
Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	obligatoirement
Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mettre en place des indicateurs accessibles ou outils technologiques spécifiques
Les protocoles sont régulièrement mis à jour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	tous les ans par le référent du protocole

Les protocoles déjà travaillés au sein du PSLA :

- AVK
- Insuline lente
- Insuffisance cardiaque

Nos objectifs 2025 concernant les protocoles :

- Améliorer la diffusion et la mise en œuvre des protocoles existants
- Création de nouveaux protocoles : +3 protocoles en 2025.

*Par exemple : Cystite - Dépistage et parcours de soins des TND - Bronchiolite - Dépistage et parcours de soins des patients BPCO - Plaies et Cicatrisation - TROD.*

### C. Coordination avec les autres acteurs du territoire, partenariats

La coordination avec les autres acteurs du territoire (établissements, coordinations d'appui, spécialistes, médico-social, soins palliatifs...) est nécessaire pour répondre à l'ensemble des besoins des patients mais aussi pour éviter les ruptures dans leur prise en charge. Elle repose sur des procédures communes qui méritent d'être explicitées. Outre la possibilité de les partager et de les diffuser plus facilement, cette explicitation permet d'analyser leur mise en œuvre effective et, sur cette base, d'identifier les difficultés et/ou les besoins à prendre en compte par les acteurs du territoire, notamment par l'ARS.

Notre évaluation concernant la coordination extérieure :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Via le DAC A inclure dans Plexus
Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire : professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui autres sont élaborées, adaptées.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Les procédures sont régulièrement mises à jour.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Des partenariats sont présents avec des acteurs du territoire :

- Proposition d'expertise auprès du SSIAD pour la télémédecine et l'utilisation de Netsoins
- Collaboration avec ALAUME, expérimentateur dans la création du SAS.
- Sollicitation pour la réintroduction du MédicoBus dans le SAS
- Représentation du PSLA aux Conseils Nationales de la Refondation Santé
- Liens étroits avec le DAC, sièges au CA
- Partenariat avec l'AMESU
- Partenariat avec le Réseau Bronchiolite Normand
- 3 représentants à l'AKPTN
- Liens avec la Maison de la Santé, Evreux
- Membres de l'Association Territoriale Sud de l'Eure ; implication auprès des étudiants
- Adhérent FMPS

**Nos objectifs 2025 concernant la coordination avec les partenaires extérieurs :**

- Identifier d'autres partenaires départementaux ou régionaux et les rencontrer.
- Signature d'une convention avec ALAUME pour l'assurance de notre participation en échange d'une garantie de la permanence de soins, au minima sur le territoire du PSLA.

**D. Dynamique d'équipe**

La solidité de l'équipe et la qualité de vie au travail sont à la fois l'objectif visé et la condition d'une action efficace. La qualité de vie au travail interroge l'organisation du travail afin de veiller à ce que celle-ci soit en adéquation avec les valeurs des professionnels, favorise de bonnes relations au sein de l'équipe, permette la conciliation entre la vie privée et vie professionnelle.

Notre évaluation concernant la dynamique d'équipe :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Réunion par profession à mettre en place annuellement CCC : 1 représentant de chaque profession
Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et ceux manquants identifiés.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	présence au CLS ou aux instances de la ville autant que possible
Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation...).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Des formations pluriprofessionnelles sont proposées à l'équipe.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	sur Weda / Globule / Protocoles pas d'intervenant externe pour le moment
L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	dans le cadre de l'association territoriale du sud de l'eure

Le PSLA à l'échelle de la ville d'Evreux offre un réel caractère attractif pour de jeunes professionnels de santé. Les professionnels d'Evreux ont à cœur de valoriser la nouvelle organisation naissante et de la faire vivre, notamment par l'accueil de professionnels en formation pour transmettre leurs connaissances et identifier des successeurs potentiels. De nombreux professionnels du PSLA accueillent d'ores et déjà des étudiants en stage. L'équipe souhaite prendre en charge collectivement les stagiaires et leurs offrir une maquette de stage, par profession, afin qu'ils puissent découvrir les autres. Pour que cela profite à un maximum d'étudiants motivés, les membres du PSLA envisagent d'accroître leur communication auprès des écoles. Il sera aussi possible de se rapprocher de la FMPS qui a développé un projet similaire au sein de la MSP La Plaine à Val-de-Reuil.

**Nos objectifs 2025 concernant la dynamique d'équipe :**

- Envisager des formations sur les problématiques fréquemment rencontrées (*sport santé, plaies, tendinites épaule, lombalgies, AVC, AFGSU, bilans TND...*), sujets à déterminer.
- A minima 2 actions de formation à réaliser / an.
- Mettre en place un protocole de découverte des professions au sein du pôle : accueil des étudiants, et consensus d'équipe.

**E. Système d'information partagé**

L'échange d'informations sécurisées entre les professionnels est un point essentiel pour assurer la prise en charge coordonnée du patient tout au long de son parcours de soins. Les professionnels de santé ont ainsi décidé de partager une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des professionnels du PSLA pour communiquer entre eux et avec d'autres professionnels et partenaires du territoire. Le PSLA a pour objectif de partager un système d'informations et de communication commun à tous les professionnels afin de faciliter les échanges et améliorer le parcours de soins des patients. Voici les outils qui ont été choisis pour cela :

- Weda : logiciel de gestion médical permettant notamment de partager les dossiers des patients.
- Globule : une application simplifiant les échanges entre les professionnels, elle est aussi utilisée pour la traçabilité des RCP.
- Plexus : une plateforme collaborative pour faciliter la gestion administrative du pôle de santé et notamment l'organisation des réunions.

**Notre évaluation concernant notre système d'information partagée :**

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weda/Globules En partie, tous les professionnels n'utilisent pas encore ces outils.
Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	En partie, tous les professionnels n'utilisent pas encore ces outils.
Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tous les professionnels ne partagent pas encore les dossiers de leurs patients sur Weda
L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, plan personnalisé de santé [PPS]).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manque de standardisation

L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification)		Classification à réaliser, exemple : les antécédents patients
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		A améliorer avec la classification des éléments dans WEDA.
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)		Pas encore systématiser par tous les professionnels.
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.		Pas d'indicateur mis en place
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.		Pas de groupe "analyse de pratiques" au sein du pôle mais sujet vu de façon transversale dans les différents projets du pôle.

**Partage de données :** le partage d'informations cliniques nécessaires à la continuité et à la coordination des soins est facilité par l'utilisation de l'informatique à condition que l'équipe se mette d'accord sur les modalités de ce partage (quelles informations ? comment ?) et que l'équipe dispose de moyens ad hoc pour cela en commençant par l'utilisation d'une messagerie sécurisée qui permet de renforcer les changes et de développer une culture de partage, et en visant un dossier partagé unique à terme.

**Nos objectifs 2025 concernant le système d'informations partagées :**

- 100 % des professionnels ont activé leur compte sur Weda et Globule
- Améliorer la classification des antécédents/ différentes pathologies dans Weda

### III. Projet de santé et accès aux soins

Le projet de santé, document de référence de l'organisation, mis à jour chaque année et collectivement, définit les objectifs communs visés par l'équipe et adoptés par tous. Il rend compte de l'analyse des besoins de santé de la population et des actions prioritaires retenues par l'équipe et précise ses bases de fonctionnement. Il inclut les relations avec les autres acteurs du territoire (hôpital, spécialistes du second recours, secteur médico-social et social...). Au-delà de la feuille de route, le projet de santé incarne la vision stratégique qui réunit l'équipe. À ce titre, son élaboration doit être considérée comme un processus fondateur qui peut prendre du temps.

#### A. Analyse des besoins, gestion du projet de soins et démarche qualité

La mise en œuvre effective d'un projet de santé suppose de faire évoluer des façons de travailler, d'intégrer de nouvelles pratiques, de développer des partenariats. Cet engagement doit être organisé et soutenu au quotidien par des professionnels de l'équipe responsable de telle ou telle action. Par ailleurs, des difficultés, voire des tensions, surviendront inéluctablement. Pour y faire face, l'équipe doit se doter d'une gouvernance professionnelle robuste, impliquant tous ces membres. Cette gouvernance s'attache à préciser les modalités de prise de décision, de désignation de ses responsables ou encore de gestion des conflits.

Notre évaluation sur l'analyse des besoins :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Une analyse des besoins de santé et des attentes de la population desservie est réalisée, actualisée.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	MAJ à faire pour le nouveau projet de santé
Des actions prioritaires sont arrêtées à partir de l'analyse de ces besoins.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	A ce stade, les actions ne sont pas priorisées Objectif : identification d'un médecin traitant pour les patients en ALD
Ces actions prennent en compte les besoins de prévention et la promotion de la santé.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiche Conseil fièvre de l'enfant Prévoir d'autres missions de prévention et promotion de la santé
Un suivi formalisé de ces actions est organisé.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Le projet de santé et les résultats des actions menées sont communiqués à tous les acteurs du territoire.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	En cours

## Notre évaluation sur la méthode de gestion du projet de santé :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Un professionnel référent de chaque projet Une coordinatrice
Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluriprofessionnel.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	En lien avec le fonctionnement du comité consultatif (chaque profession représentée)
Un suivi formalisé des décisions est organisé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Compte-rendu systématique partagé dans Plexus
Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Une coordinatrice à temps plein depuis mars 2024
Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	A améliorer

### Nos objectifs 2025 concernant le projet de santé du PSLA :

- Réaliser une mise à jour des besoins de santé de la population sur notre territoire.
- S'engager dans une mission de santé publique.
- Diffuser le nouveau projet de santé aux professionnels du PSLA, aux partenaires extérieurs et aux usagers : visibilité sur le site internet.
- Réamorcer les réunions du comité consultatif de coordination.

## B. Accès aux soins et continuité de soins

L'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit (OMS). Le préalable pour garantir l'accès aux soins est de définir la population ou le territoire dont l'équipe se considère responsable. Sur cette base, une attention est portée aux personnes les plus fragiles en raison, notamment, d'un handicap, qu'il soit physique, social ou psychique, et la coordination avec les différents acteurs de santé du territoire (médicaux, médico-sociaux, sociaux) est recherchée.

La continuité de soins est définie comme la capacité des organisations à délivrer les soins appropriés au bon moment. Pour cela, l'équipe doit s'assurer qu'un professionnel, qu'il soit de premier ou de second recours, est en capacité à prendre en charge le patient au moment où celui-ci en a besoin et dispose, pour cela, des informations nécessaires.

Les professionnels de santé du PSLA s'engagement collectivement à faire leurs meilleurs efforts afin de répondre aux demandes de soins de leurs patients aux horaires ci-après définies, y inclus en périodes de congés scolaires, sous réserve des contraintes de chacun et notamment des périodes de congés de chacun : du lundi au vendredi, de 8h à 20h ; et le samedi, de 8h à 12h. Et ce, sans préjudice de la permanence des soins organisée sur le secteur géographique. En dehors de ces horaires, ou en cas d'impossibilité des professionnels de santé de répondre aux demandes de soins de leurs patients aux horaires susvisés, chacun s'engage à mettre en place un répondeur téléphonique afin d'orienter les patients vers les solutions les plus adaptées pour une prise en charge rapide si besoin.

Les professionnels de santé exerçant la profession de médecin s'organiseront, dans la mesure du possible, afin de prendre leurs congés de manière différée, ou de se faire remplacer, étant entendu que chaque professionnel de santé est libre de prendre autant de congé que bon lui semble, en respectant autant que possible le principe de permanence minimale. En outre, les médecins établissent un calendrier de présence, régulièrement mis à jour, leur permettant de garantir la continuité des soins lors des horaires d'ouverture. Ce calendrier sera tenu à la disposition des pharmaciennes et des infirmiers de la Société. Le dispositif de continuité de soins des autres professionnels de santé sera développé ultérieurement.

Notre évaluation sur l'accès aux soins et la continuité des soins :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
L'équipe détermine le territoire sur lequel elle organise une réponse aux demandes de soins de proximité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Progrès à réaliser pour les personnes en situation de handicap spécifique Progrès à réaliser en terme de visites à domicile
Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Communication à développer : affiches et site internet en prévision
La coopération avec les acteurs médicosociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manque d'outils de communication communs avec certains acteurs du médico-social.

La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée au besoin soit apportée.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congés, formation, maladies...).	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Calendrier des absences des médecins est en cours.
Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
Les modalités d'accès aux soins de second recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation.	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

#### Nos objectifs 2025 concernant la continuité des soins :

- Développer la continuité de soins au-delà des généralistes, en priorité la mise en place du dispositif « pharmaciens correspondants » pour les médecins/pharmaciens volontaires, et inclure les IPA dans le dispositif SAS.
- Travailler sur l'amélioration de l'accès aux soins de second recours en lien avec les protocoles / projets déjà existants *(exemple : accès à un neuropédiatre avec le projet santé de l'enfant)*.

### C. Autres projets développés au sein du PSLABE

- Projet « crise sanitaire grave »

Ce travail s'intègre en coordination avec les attentes du « plan OSRAN-Normandie-2023 » et il a été complété par le document « Lignes directrices pour la rédaction d'un plan d'action pour la participation à la gestion de crise sanitaire exceptionnelle » envoyé par la CNAM en Juillet 2023.

#### Objectif :

- Mettre en forme le protocole crise sanitaire grave et le diffuser à tous les professionnels du PSLA.
- S'inscrire à la prochaine « journée test » en 2025 organisée par l'hôpital d'Evreux.
- Organiser une formation annuelle sur le plan de crise

- Projet « santé de l'enfant »

Le premier thème évoqué de ce groupe de travail a concerné les troubles du neurodéveloppement de l'enfant (troubles du spectre de l'autisme, trouble de la communication, trouble neurologique moteur, trouble spécifique des apprentissages, troubles du développement intellectuel, troubles de l'attention etc).

L'objectif était, dans un premier temps, d'améliorer le repérage des signes d'alerte amenant à suspecter un trouble du neurodéveloppement de l'enfant.

Nous avons testé l'utilisation systématique en consultation chez des enfants entre 6 et 24 mois, par des médecins volontaires des fiches de repérage d'un écart inhabituel de développement issues du formulaire de détection des TND afin de compléter les items du carnet de santé. Le retour de cette utilisation a été positif, car simple à inclure dans une consultation de façon systématique, et rapide. En cas de suspicion forte répondant aux critères d'inclusion par le PCO, le professionnel pourra suivre l'adressage préconisé. Dans ce même cas, il restera à revoir, en partenariat avec les structures hospitalières, et compte tenu du délai actuel de prise en charge, la possibilité d'adresser en parallèle à un professionnel libéral pour ne pas prendre de retard sur la prise en charge, sans prendre le risque de refus par la suite d'adressage au PCO. En cas de doute ou suspicion d'un écart de développement ne répondant pas aux critères d'adressage au PCO, il nous a paru important de pouvoir proposer au médecin et à la famille du patient un parcours fléché adapté permettant d'organiser un premier bilan, voire un suivi de l'enfant. Il nous a donc paru important de reformuler les fiches pour répondre au mieux aux bilans effectués par les professionnels de santé spécialisé de notre pôle en classant les items en 3 catégories. Une fois l'adaptation de ces fiches terminées, un parcours fléché du patient sera protocolisé afin de permettre une utilisation tracée, rapide et compréhensible.

Objectif :

- Mettre en forme les fiches alerte, les diffuser et évaluer leur utilisation à +6 mois, les intégrer dans WEDA.
- Réfléchir à un parcours fléché interne au PSLA pour faciliter le diagnostic des TND.

- Projets en perspectives
  - Projet immobilier

Suite à une nouvelle déconvenue dans le cadre du projet de maison de santé en centre-ville d'Evreux, sur laquelle nous discutons depuis près de 3 ans avec la municipalité, nous avons été approchés par la mairie de Gravigny pour l'opportunité de construire ce projet ensemble.

Objectif :

- Etablir un groupe de travail et déterminer les besoins des professionnels concernés.
- Travailler en partenariat avec les élus de Gravigny pour construire un projet pertinent.

- Activités Physiques Adaptées

Les activités physiques adaptées recouvrent l'ensemble des activités physiques et sportives adaptées aux capacités des personnes (enfants ou adultes) atteints de maladie chronique ou de handicap. L'objectif principal des APA est de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies, d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie des patients, voire de la réinsérer dans des activités sociales.

Objectif :

- Réaliser une action de sensibilisation à l'APA
- Travailler un flyer d'information pour l'orientation des patients vers les structures APA/MSS

## D. Implication des patients

Information des patients : Cette information, délivrée sous forme de plaquettes ou à travers des nouveaux médias, sera d'autant plus efficace qu'elle est exprimée de la même manière par l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge.

Notre évaluation sur l'information des patients :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diffusion de : charte d'engagement, continuité de soins, fièvre de l'enfant.
Cette information est remise aux patients lors des consultations.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur les travaux élaborés en commun
Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Les contacts sont pris
La compréhension des messages délivrés est évaluée.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Education thérapeutique :

Au-delà des programmes structurés qui font l'objet de financements spécifiques, l'éducation thérapeutique est une démarche que chaque professionnel peut / doit intégrer à sa pratique quotidienne. En pratique, ils doivent pour cela :

- analyser comment le patient vit sa maladie, quels sont les problèmes qu'il rencontre et les ressources qu'il peut mobiliser pour y faire face ;
- identifier avec le patient un nombre limité de problèmes dont la résolution est envisageable facilement
- définir des objectifs et, en regard, des actions simples et progressives à engager ;
- profiter de chaque contact avec le patient pour faire un point sur ces actions et l'atteinte de ces objectifs,
- et à toutes occasions, délivrer des messages positifs.

Une telle démarche vise plusieurs objectifs : auto-surveillance, recours approprié aux soins... Elle est d'autant plus efficace qu'elle est réalisée sur le lieu de soins habituel et qu'elle est partagée par plusieurs professionnels. Le plan personnalisé de santé peut être, pour cela, un support utile.

## Notre évaluation sur l'ETP :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Un plan de développement de l'ETP est élaboré.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas encore d'ETP mis en place au sein du PSLA.
L'équipe et le patient partagent les mêmes objectifs autour desquels est organisée l'ETP.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L'accès à différentes modalités d'ETP est organisé, pour répondre aux besoins des patients.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Contact pris avec Planeth Patient.
Une évaluation de l'impact de l'ETP est organisée pour chaque patient, partagée par l'équipe et tracée.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Les autres acteurs du champ sanitaire et social et les associations de patients sont aussi impliqués.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Le plan personnalisé de santé

Il concerne avant tout les personnes qui présentent une situation complexe et pour lesquels il est nécessaire de coordonner l'intervention de nombreux acteurs. Il découle de l'évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Il résulte d'une concertation entre les professionnels et le patient et débouche sur un suivi. Il comprend un plan de soins, un plan d'aides et, le cas échéant, un plan d'éducation. Un référent du PPS doit être désigné pour superviser son suivi et s'assurer que le PPS est régulièrement révisé.

### Prise en compte de l'expérience des patients

Reconnue comme une des dimensions de la qualité des soins, l'approche centrée sur le patient et ses proches est une démarche de soin respectant et intégrant leurs préférences, leurs besoins et leurs valeurs. Elle suppose de recueillir et d'analyser l'expérience telle que rapportée/vécue par les patients afin de pouvoir adapter l'organisation des prises en charge. Ce recueil prend différentes formes (questionnaire de satisfaction, etc.) et concerne potentiellement tous les aspects de cette prise en charge (accueil, continuité, gestion de la douleur...). La prise en compte de l'avis des patients peut aussi se traduire par leur implication directe dans certaines réunions.

### Soutien aux aidants

Les aidants des personnes souffrant de maladies chroniques ont une très forte morbi-mortalité, parfois sous-estimée par les aidants eux-mêmes comme par les professionnels. C'est donc un sujet qui devrait faire l'objet d'une attention particulière de l'ensemble des professionnels.

Par ailleurs, des formations communes entre les aidants et les professionnels peuvent être très utiles pour améliorer la prise en charge des patients mais aussi soutenir et reconnaître le travail des aidants.

Notre évaluation sur ces trois thématiques :

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas de PPS élaborés au sein du PSLA.
L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Le suivi du PPS est organisé en s'appuyant sur des critères explicites (date de révision, alertes, critères de processus et de résultats).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Un recueil de l'avis des patients est organisé	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ce recueil est organisé de manière régulière.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L'analyse des résultats est réalisée en équipe.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cette analyse débouche sur un plan d'actions.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Une évaluation des besoins des aidants est organisée.	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Traité de façon individuelle en consultation mais pas de consensus collectif au sein du PSLA sur ce sujet.
Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible.	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants.	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé.	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Une évaluation de l'impact de la démarche de soutien est organisée pour chaque aidant, partagée par l'équipe et tracée.	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

#### Nos objectifs 2025 concernant l'implication des usagers :

- Réflexions à menées sur l'approche globale du patient avec pathologies chroniques.
- Evaluer la pertinence de la mise en place d'un programme d'ETP au sein du PSLA, réaliser un sondage sur la motivation des professionnels du PSLA à s'inscrire dans ce type de projet.
- Réfléchir à un protocole fragilité, repérage globale de patients en situation complexe, avec mise en place du PPS.
- Elaborer un questionnaire de satisfaction en ligne sur le site internet et données à extraire/analyser.
- Réaliser un flyer d'information / orientation vers les organismes d'aide aux aidants.

## IV. Synthèse

### A. Tableau de synthèse de notre auto-évaluation avec la matrice des soins primaires

AXE : TRAVAIL EN EQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunion de concertation pluriprofessionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocoles pluriprofessionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination avec les autres acteurs du territoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dynamique d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AXE : SYSTÈME D'INFORMATION	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Partage de données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des données cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse des pratiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AXE : PROJET DE SANTE ET ACCES AUX SOINS	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Projet de santé de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du projet de santé de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AXE : IMPLICATION DES PATIENTS	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Information des patients	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducation thérapeutique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan Personnalisé de Santé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de l'expérience des patients	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien aux aidants	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B. Tableau d'actions

Thèmes	Objectifs	Actions	Outils / moyens	Indicateurs	Calendrier / Niveau de priorité	Réfèrent(s)
RCP	100% des patients vu en RCP avec une traçabilité sur Globule	Réaliser une formation sur la méthode de traçabilité des RCP sur Globule	Document traçabilité RCP dans Globule + Visio de la formation enregistrée dispo sur Plexus	Nombre de participants à la formation	Avant fin 2024	Myène Amélie
		Vérification de la traçabilité des RCP dans Globule	Globule	Nombre de RCP tracée	Mensuellement	Myène
	Vérification des actions mises en place à +1 mois	Suivi des actions	Réunions mensuelles Echanges sur le dossier patient Globule		Mensuellement	Myène
Protocoles	Améliorer la diffusion et l'utilisation des protocoles existants	Retravailler le visuel des protocoles et son intégration dans WEDA	Canva ou LCG Concept Weda	3 protocoles intégrés dans Weda	2025	Marc (AVK) Christophe (IC) Bénédicte (Insuline)
		Evaluer l'utilisation des protocoles	Sondage	Nombre de professionnels qui appliquent le protocole	2025	Myène
		Réfléchir sur la valorisation de la mise en application des protocoles (indemnisation ?)	Réunion de gérance		2025	Gérants PSLA
	Création de nouveaux protocoles	Infection Urinaire Parcours dépistage TND Patients BPCO	Groupe de travail Validation par CCC	+3 protocoles d'ici 2025	2025	Séverine (Cystite) Amélie (TND) BPCO (Vincent)
Partenariat	Identifier et rencontrer nouveaux partenaires	Evaluation des besoins Rencontre des partenaires		Nombre de rencontres faites	Long terme	Myène
	Signature d'une convention avec ALAUME	Mise en place d'une convention	Rencontre avec association ALAUME	Signature d'une convention	2025	Gérants PSLA
Dynamique équipe	Réaliser des formations pour les membres du PSLA	Cibler les sujets à traiter et formations prioritaires et mettre en place l'action de formation	Formations présentiel ou visio ou webinaire	2 formations/an	2025	Myène
	Protocole d'accueil des étudiants	Consensus d'équipe à trouver	Réunions	Protocole réalisé et diffusé	Fin 2025	Christophe Myène
Système d'information partagée	100% des professionnels sur les outils SIP	Dynamiser la prise en main des outils SIP	Information / Formation	Nombre de compte activé	Fin 2024	Myène
	Améliorer la classification sur Weda	Consensus d'équipe à trouver	Groupe de travail médecins	Antécédents/pathologies classées sur Weda	Fin 2024	Marc
Projet de santé PSLA	MAJ besoins de santé du territoire	Inclut au projet de santé	S'appuyer sur le CLS	Besoins répertoriés	Selon avancé CLS	Myène
	Réaliser une mission de santé publique	Reflexion à mener sur la mission de SP la plus pertinente à réaliser et la mettre en oeuvre	Réunion / Groupe de travail	1 MSP réalisé	Fin 2025	Myène Adeline
	Diffuser le nouveau projet de santé	Diffusion interne/externe avec le site internet	Océan Communication	Projet diffusé	Avant fin 2024	Myène
	Réamorcez les réunions du comité consultatif	Déterminer les membres du comité consultatif	AG Réunion par profession	1 à 2 membres désignés par profession	2024	Myène
Continuité des soins	Développer la continuité au dela des MG	Dispositif « pharmaciens correspondants » IPA inclus au SAS Kiné ?	Groupe de travail	Nombre de protocole réalisé		Christophe IDE ? Kiné ?
	Améliorer l'accès au soins de second recours	Parcours TND	Groupe Santé de l'enfant	Nombre de professionnel participant aux soins de second recours		Amélie
Autres projets du PSLA	Diffuser le protocole crise sanitaire grave	Diffuser le protocole S'inscrire à la journée test Former les professionnels	Formation / Weda Partenaire avec CH Evreux			Christophe
	Poursuivre le projet dépistage TND	Mettre en forme et diffuser les fiches alertes Créer un parcours fléché interne	Groupe de travail	Nombre de réunions Fiches intégrées à Weda		Amélie
	Travailler sur le projet immobilier Gragny	Evaluer les besoins Rencontrer les partenaires	Réunions		2025/2026	Vincent
	Développer le projet APA	Action de sensibilisation à l'APA Orienter les usagers vers les structures APA/MSS	Mise en place d'un groupe de travail	Une action de sensibilisation réalisé Une fiche structures créée / diffusée		Jean Paul ? Laurent ?
Implication des usagers	Reflexion sur les programmes d'ETP	Identification des besoins Sondage des professionnels du PSLA	Réunion + sondage	Nombre de professionnels ayant répondu au sondage		Myène
	Protocole fragilité	Mettre en place un groupe de travail	Groupe de travail		2026	Christophe ?
	Evaluer la satisfaction des usagers	Réalisation d'un questionnaire en ligne	Sondage en ligne sur le site internet + extractions / analyses des données	Nombre de personnes ayant répondu au questionnaire	Fin 2025	Myène
	Aide aux aidants	Réaliser un flyer d'information / orientation pour les aidants	Structures déjà existantes Canva ou LCG ou océan Communication	1 flyer réalisé		Myène

## V. Conclusion

*Henry Ford, « Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite ».*

*Marc Durand, « On aurait pu faire mieux, mais c'est déjà pas mal ... ».*