

Matrice de maturité en soins primaires

Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires

L'objectif de ce référentiel est d'aider les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel, à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients.

Il s'agit d'un outil pour une démarche qualité itérative – dessinant une organisation optimale mise en place très progressivement, étape par étape, sur plusieurs années – et non d'un outil, en l'état, d'évaluation externe pour une labellisation ou encore des financements. Il n'en demeure pas moins que cette organisation optimale s'inscrit dans un cadre de financement adapté.

Vous êtes une équipe de soins primaires constituée ou en cours de constitution, et ce référentiel vous intéresse. N'hésitez pas à contacter une des structures professionnelles ou institutionnelles impliquées dans l'accompagnement des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires (ARS, URPS, FFMPs, FNCS, UNRs, ODPc...) ; elles proposent un accompagnement pour l'utilisation de ce référentiel (supports d'accompagnement, tiers facilitateur, retour d'expérience).

Contexte dans lequel s'inscrit ce référentiel

Passer d'un exercice « isolé » à un exercice regroupé présente le double avantage de conditions de travail plus sécurisées et

attractives et (surtout) améliore considérablement la coordination des interventions des uns et des autres autour des malades, spécialement ceux vieillissants, polyopathologiques et menacés de perte d'autonomie.

Dans ce contexte, les professionnels souhaitent mettre en place une organisation qui leur permet un travail en équipe effectif soutenu par un système d'information performant, permettant de répondre aux besoins de la population locale et d'impliquer les patients dans leur propre prise en charge.

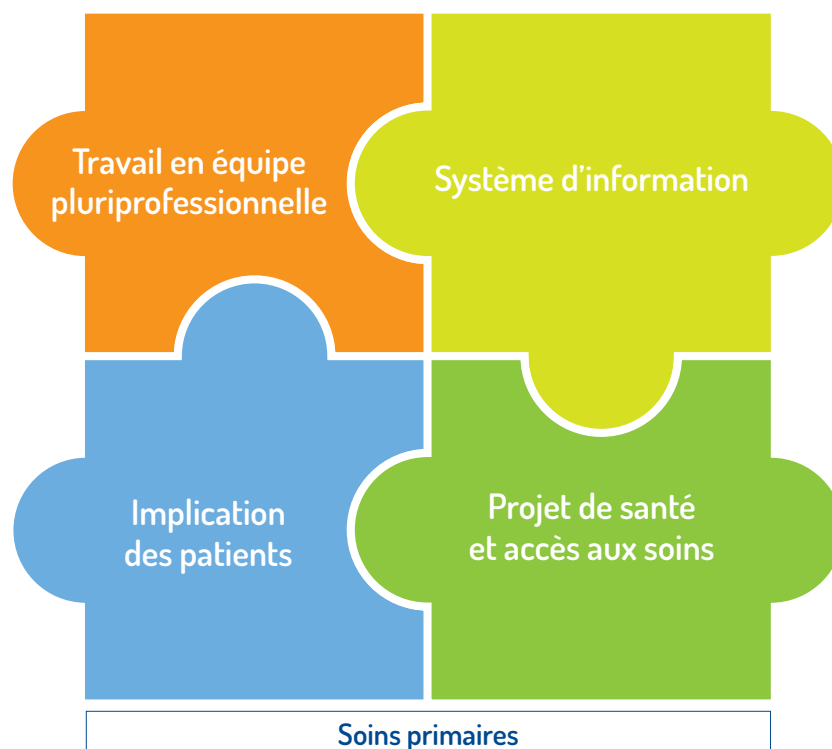
Comment ce référentiel est-il structuré ?

Le référentiel est structuré autour de 4 axes (figure ci-dessous).

Chaque axe est décliné en 3 à 5 dimensions (cliquer sur chaque axe) qui :

- contribuent à organiser une prise en charge de qualité, globale et coordonnée ;
- sont adaptées au contexte français des soins primaires.

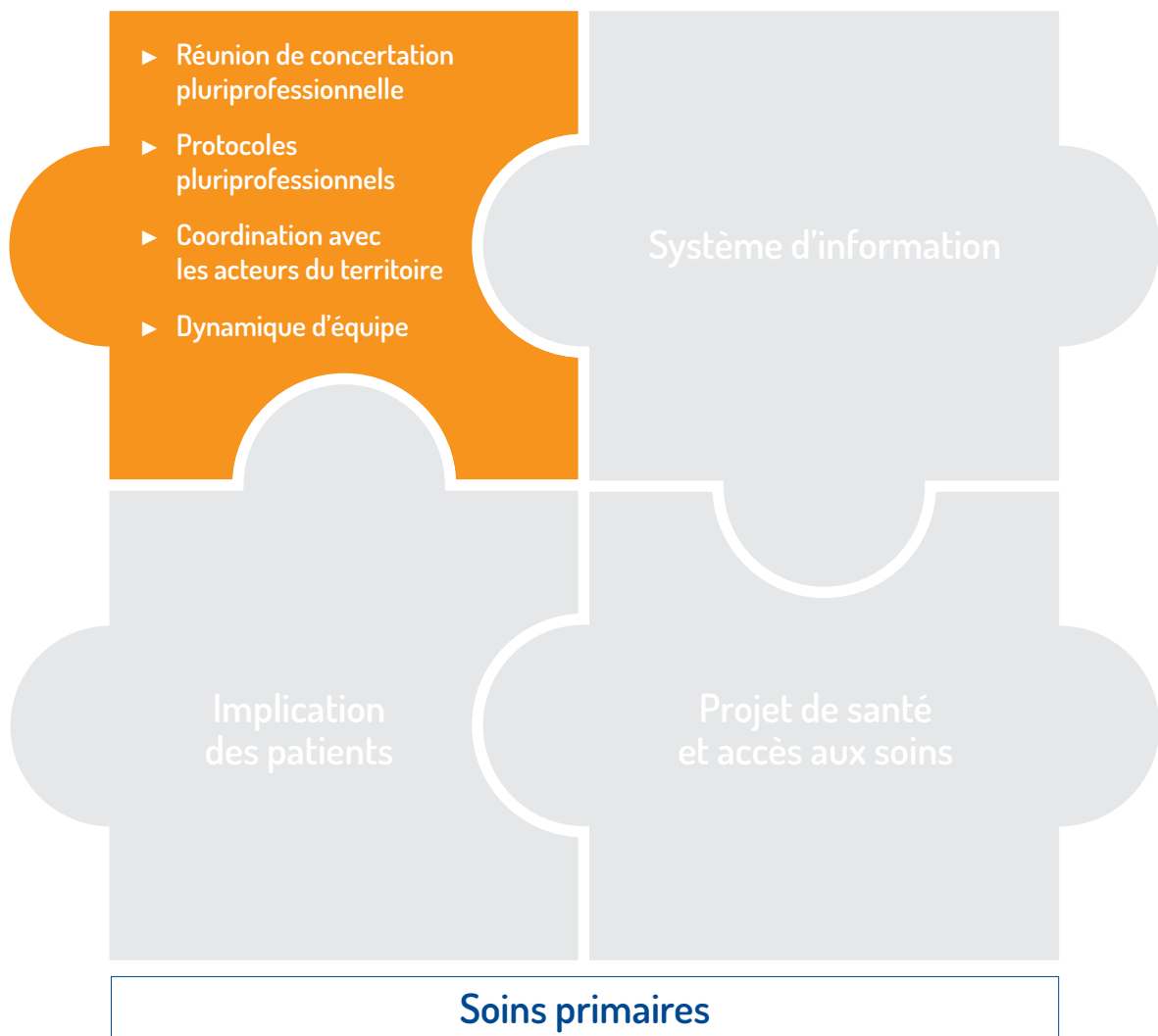
Pour chaque dimension, 5 caractéristiques ont été identifiées. Elles correspondent aux éléments de structuration/de performance d'une dimension.



Travail en équipe pluriprofessionnelle

La plupart du temps, ce sont les échanges informels entre professionnels, avant même l'organisation des premières réunions, qui traduisent l'organisation en cours. Il s'agit d'évoquer des cas compliqués et aussi de mieux communiquer entre professionnels. Très rapidement des réunions régulières s'organisent facilitant l'échange avec l'ensemble

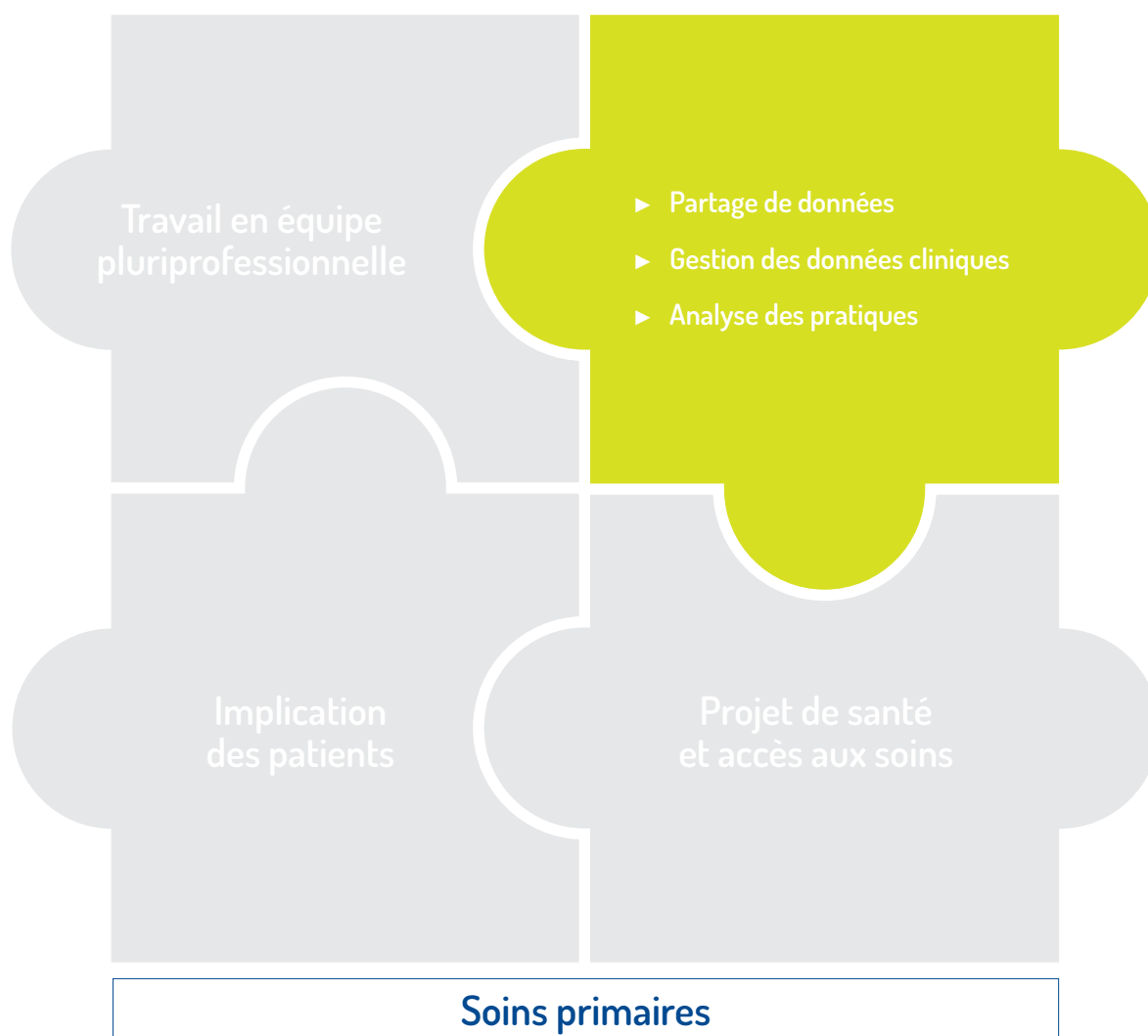
de l'équipe. Ces réunions sont aussi l'occasion d'harmoniser les pratiques et les messages délivrés (protocoles pluriprofessionnels). L'équipe va aussi à la rencontre des autres acteurs du territoire pour organiser les interfaces entre les structures médicales et médico-sociales et faciliter ainsi la prise en charge des mêmes patients.



Systeme d'information

Que le système d'information vienne en soutien des nouvelles organisations et pratiques mises en place ou qu'il en soit le déclencheur, cela revient au même ; il est indissociable de ces nouvelles organisations visant à mieux coordonner les différentes interventions. Il facilite la communication entre les professionnels au sein d'une même structure ou entre plusieurs structures de soins, l'identification de façon

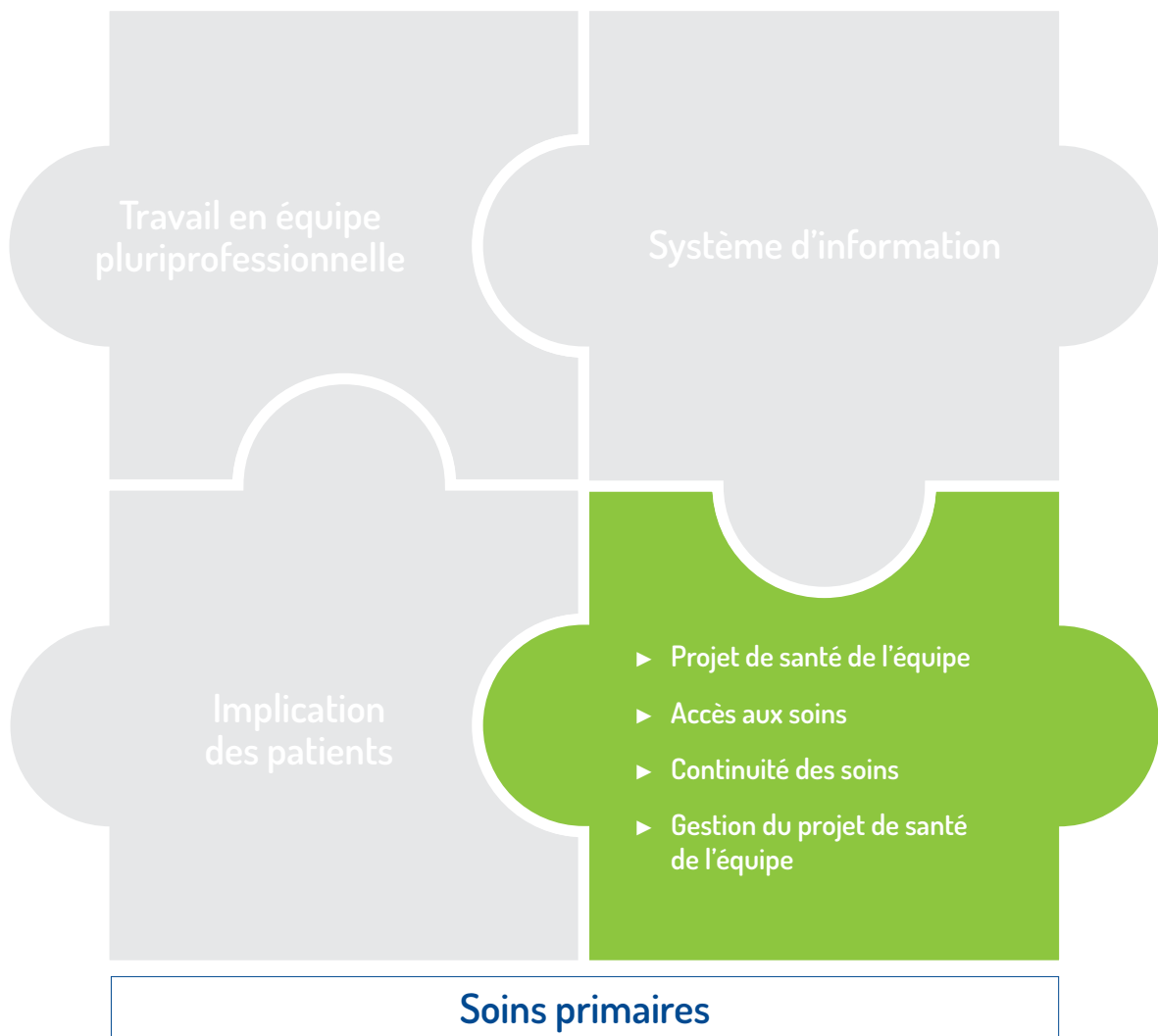
systematique – et en dehors de l'urgence de la pratique quotidienne – de groupes de patients pour lesquels un renforcement du suivi serait nécessaire, l'analyse des résultats cliniques ou des processus de soins, etc. Cela implique qu'il soit utilisé de façon à pouvoir exploiter ses différentes fonctionnalités. Une partie d'entre elles suppose de recueillir des données cliniques de manière standardisée.



Projet de santé et accès aux soins

Une équipe s'inscrit dans un territoire local. Elle est attentive à répondre aux besoins de la population de ce territoire. Pour cela, elle se fixe des objectifs, à partir des besoins qu'elle a identifiés, partagés par l'ensemble des membres de l'équipe.

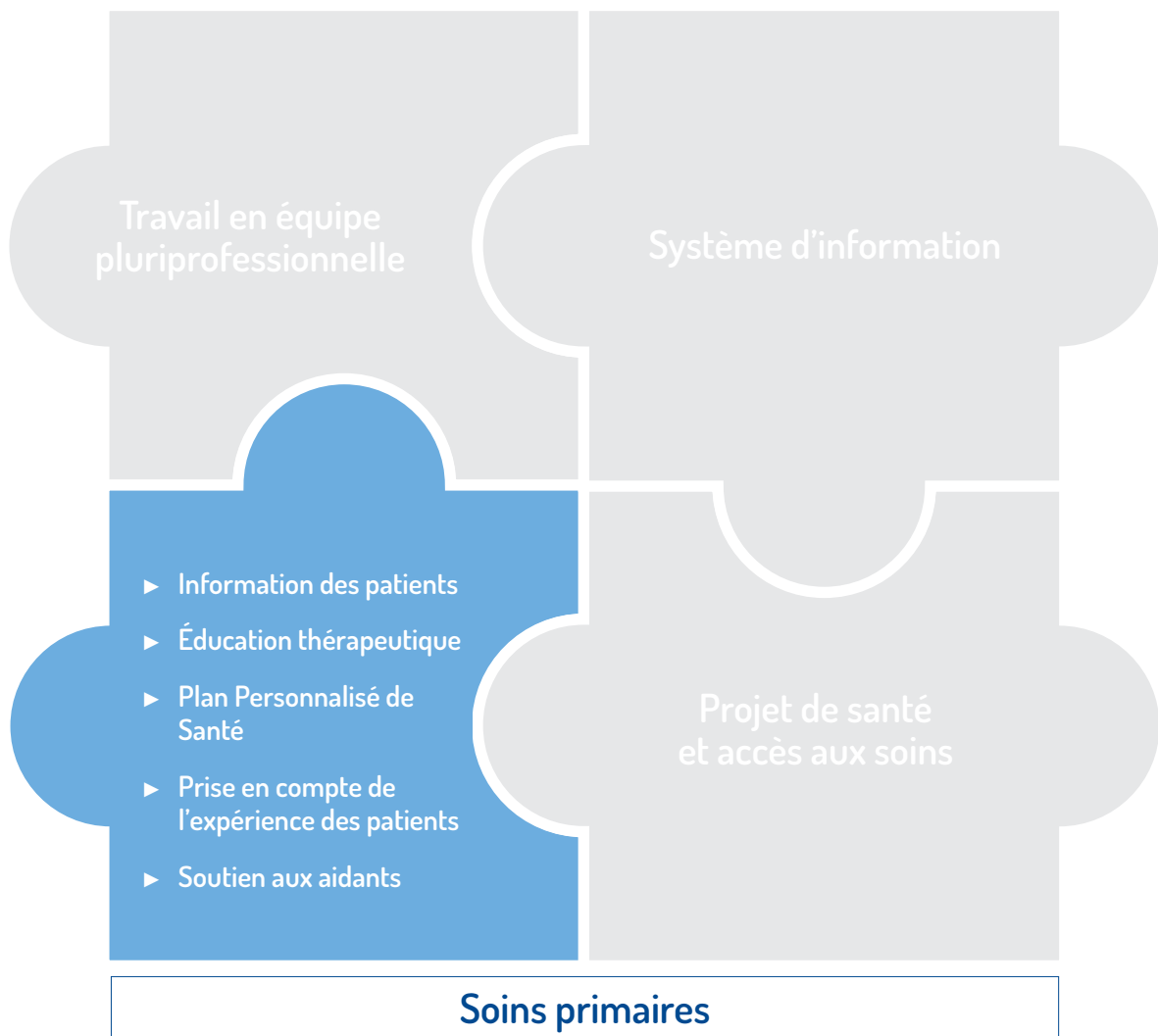
Elle s'organise pour assurer son accessibilité à l'ensemble des patients qu'elle prend en charge et la continuité de leur prise en charge.



Implication des patients

Les malades ont changé. Dans un contexte plus vaste d'évolution des relations sociales, les malades et leur entourage, de plus en plus connectés à des sources d'information, prennent une part croissante au suivi quotidien de leur(s) maladie(s). En plus de l'accès à Internet, deux évolutions significatives ont marqué l'évolution des malades : l'accès aux données du dossier médical (2002) puis la reconnaissance de l'éducation thérapeutique (2009) et surtout,

au-delà, de la prise d'autonomie du malade. Si bien que la relation médecin-malade – qui continue fondamentalement d'être établie sur le colloque singulier – s'en trouve modifiée. Ainsi, le mode de relation habituel évolue progressivement vers une relation de type contractuel, où les décisions sont davantage expliquées, au point que le vocable de décision médicale... partagée s'en est trouvé consacré.



Comment utiliser ce référentiel pour organiser la démarche d'une équipe ?

Les structures professionnelles ou institutionnelles impliquées dans l'accompagnement des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires (ARS, URPS, FFMPs, FNCS, UNRs, ODPC...) proposent un accompagnement pour l'utilisation de ce référentiel (supports d'accompagnement, tiers facilitateur, retour d'expérience).

Cependant, une équipe peut choisir d'utiliser directement ce référentiel pour analyser son organisation.

Dans ce cas, nous proposons une façon schématique d'utiliser ce référentiel.

1. L'équipe choisit l'(les) axe(s) sur le(s)quel(s) elle souhaite s'autoévaluer.

2. Pour chaque axe, elle choisit la (les) dimension(s) sur laquelle (lesquelles) elle souhaite s'autoévaluer.

3a. Pour une dimension donnée :

- chaque professionnel de l'équipe pointe les caractéristiques mises en œuvre d'après lui ;
- l'équipe partage ensuite le résultat de ce travail pour obtenir un consensus sur les caractéristiques de leur organisation ;
- l'équipe se positionne, pour l'ensemble de la dimension, sur une échelle analytique à quatre niveaux « aucun élément, quelques éléments, la plupart des éléments, tous les éléments » ; voire une échelle temporelle « jamais, quelquefois, souvent, toujours ».

3b. Sur cette base, l'équipe définit les objectifs/progression à atteindre au cours de l'année à venir (voire ceux des années précédentes à renforcer).

Pour cela, elle détermine, parmi les caractéristiques qui n'ont pas encore été intégrées dans sa façon de travailler (ou qui sont à renforcer), la (les)quelle(s) pourraient être envisagées c'est-à-dire la (les)quelle(s) sont :

- simples ;
- faisables à court terme ;
- acceptées par l'ensemble de l'équipe.

Par exemple : Pour les réunions de concertation pluriprofessionnelles, si l'équipe se réunit déjà régulièrement avec un ordre du jour mais sans compte rendu et qu'elle a déjà bien intégré la deuxième caractéristique, elle pourrait envisager de :

- a) rédiger un CR systématiquement ;
- b) se réunir une fois pour préciser/définir « les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par la pathologie ou les situations cliniques » ;
- c) suivre les décisions.

Voir remplissage tableau ci-après.

3c. Ensuite, l'équipe définit les moyens et les modalités pour mettre en œuvre les actions retenues et pour évaluer l'atteinte des objectifs.

Par exemple :

- a) définir qui va rédiger le CR, quand le premier CR sera rédigé et comment il sera diffusé ;
- b) définir date de la réunion et un responsable pour l'organiser ;
- c) reprendre le CR précédent en début de réunion.

Voir remplissage tableau ci-après.

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

Modalités de remplissage des tableaux à partir de l'exemple.

Caractéristiques*	1. La caractéristique considérée est-elle intégrée 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="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mettre en place CR CR rédigé par XX ; Début lors de la prochaine réunion ; CR diffusé par mail.
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="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Définir modalités de représentation et expression Organiser une réunion dans les 2 mois. Responsable. XX.
Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un suivi des décisions est organisé.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organiser suivi des réunions CR précédent repris en début de réunion ; Début : dès 1 ^{er} CR.

* Pour chaque dimension, 5 caractéristiques ont été identifiées. Elles correspondent aux éléments de structuration/de performance d'une dimension.

Chaque caractéristique peut contenir plusieurs éléments (par ex la 1^{re} caractéristique contient trois éléments : fréquence régulière ; ordre du jour ; compte rendu).

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunions de concertation pluriprofessionnelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date de réalisation de l'évaluation :

Leader de l'équipe pour l'évaluation :

Membres de l'équipe participants à l'évaluation :

Remarques générales :



Justification

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 ;
- et 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.

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.				
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...).				
Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.				
Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.				
Un suivi des décisions est organisé.				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunions de concertation pluriprofessionnelle				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- [*National Cancer Action Team. The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team \(MDT\). February 2010. NHS.*](#)
- [*HAS. Revues de mortalité et de morbidité \(RMM\) pluriprofessionnelles en ambulatoire.*](#)
- [*HAS. Culture sécurité.*](#)
- [*HAS. Définition des EIAS en soins de premiers recours. \(prochainement sur le site de la HAS\).*](#)

Travail en équipe pluriprofessionnelle

► Protocoles pluriprofessionnels



Justification

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.

Par ailleurs, la HAS met en place un **Centre de ressources en soins primaires** (centrederessources@has-sante.fr) pour aider les équipes à élaborer des protocoles pluriprofessionnels.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Protocoles pluriprofessionnels				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- *Fiche Points clés. HAS : Protocoles pluriprofessionnels (en cours).*
- *HAS. Présentation Projet pilote Centre de ressources en soins primaires. (à venir)*

Travail en équipe pluriprofessionnelle

► Coordination avec les autres acteurs du territoire



Justification

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.

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.				
Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire : professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui autres sont élaborées, adaptées.				
Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.				
Les procédures sont régulièrement mises à jour.				
Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Coordination avec les autres acteurs du territoire				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- [*Fiche Points clés. HAS : Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? HAS. Décembre 2013.*](#)
- [*Fiche Points clés. HAS : Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? HAS. Juin 2013.*](#)
- [*Fiche Points clés. HAS : Comment réduire le risque de réhospitalisation des patients ayant une BPCO ?*](#)
- [*Fiche Points clés. HAS : Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de premier recours ?*](#)
- [*Fiche Points clés. HAS : Intégration territoriale sanitaire et sociale.*](#)
- [*HAS. Guide Saed, outil de communication entre les professionnels \(prochainement sur le site de la HAS\).*](#)

Travail en équipe pluriprofessionnelle

► Dynamique d'équipe



Justification

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. Une attention particulière doit donc être portée à cette dimension (analyse de la satisfaction...). La qualité de vie au travail a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie des professionnels et la performance collective de la structure. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle considère chaque professionnel, quelle que soit sa place comme acteur de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles. 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. Elle s'intéresse également aux conditions physiques du travail dans un objectif de maintien de la santé des professionnels.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Dynamique d'équipe				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Justification

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 ?) ;
- l'équipe dispose de moyens *ad hoc* pour cela en commençant par l'utilisation d'une messagerie sécurisée qui permet de renforcer les échanges et de développer une culture de partage, et en visant un dossier partagé unique à terme.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Partage de données				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- Architecture des SI en maison de santé. ASIP Santé. Étude relatives aux fonctionnalités attendues du système d'information cible des maisons de santé. Déc 2011.
- Deux documents élaborés par l'ASIP Santé pour faciliter l'informatisation et l'échange de données dématérialisées au sein des maisons et pôles de santé :
 - le Plan projet type pour la mise en place d'un système d'information partagé en pôles et maisons de santé pluri-professionnels et un guide méthodologique.
 - le Cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels décrivant les prestations attendues (fourniture du logiciel, paramétrage, formation, maintenance) dans un contexte adapté aux caractéristiques juridiques des pôles et maisons de santé (SISA) (Annexe).
- Messagerie sécurisée ASIP Santé.
- Volet de synthèse médicale. HAS-ASIP Santé.



Justification

Pour optimiser la prise en charge des patients, les professionnels de santé ont intérêt à pouvoir identifier tous les patients présentant une pathologie donnée (p.e. diabète), voire plus précisément ceux pour lesquels un examen doit être envisagé (p.e. réalisation d'un FO) ou encore ceux dont le résultat d'un examen clinique ou paraclinique indique un mauvais état de santé (p.e. taux d'HbA1c > 8 %). Grâce à cela, pour un patient donné ou pour l'ensemble des patients concernés, ces professionnels peuvent, de manière proactive, programmer la réalisation de l'examen, adresser un rappel, proposer des actions complémentaires à leurs patients (séance d'éducation thérapeutique...), analyser leurs situations lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle pour optimiser leur prise en charge.

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 les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification)				
La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite				
La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite				
La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite				
Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage)				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Gestion des données cliniques				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- Cusack CM, Knudson AD, Kronstadt JL, Singer RF, Brown AL. Practice-Based Population Health: Information Technology to Support Transformation to Proactive Primary Care (Prepared for the AHRQ National Resource Center for Health Information Technology under Contract No. 290-04-0016.) AHRQ Publication No. 10-0092-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2010.



Justification

Les indicateurs de pratique clinique permettent l'explicitation et l'évaluation des pratiques, étapes indispensables à leur amélioration, que ce soit dans le cadre de dispositifs de type « paiement à la performance » ou dans celui de démarches qualité initiées par l'équipe. La mesure de ces indicateurs doit reposer sur des données saisies en cours de consultation, pour éviter qu'un temps et une énergie importante soient consacrés à ce travail, limitant alors sa faisabilité.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Analyse des pratiques				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ **En savoir plus**

- DPC. Le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. HAS. Mai 2014 (voir ici Section Définition et Description).

Projet de santé et accès aux soins

► Projet de santé de l'équipe



Justification

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.

NB : l'analyse des besoins de santé ne s'entend pas exclusivement à travers des indicateurs de santé publique. Les professionnels de terrain peuvent l'appréhender à travers leur pratique ou toutes autres sources d'informations (avis de représentants d'usagers ou d'élus locaux...).

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Projet de santé de l'équipe				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Justification

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.

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.				
Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies.				
La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée.				
Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins.				
La coopération avec les acteurs médico-sociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée.				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Accès aux soins				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Justification

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.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Continuité des soins				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Justification

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.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Gestion du projet de santé de l'équipe				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Justification

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.

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).				
Cette information est remise aux patients lors des consultations.				
Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé.				
Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.				
La compréhension des messages délivrés est évaluée.				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Information des patients				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- [HAS. Oser parler avec son médecin.](#)
- [HAS. Parler avec son pharmacien.](#)



Justification

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.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Éducation thérapeutique (ETP)				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- [HAS. Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient \(ETP\) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.](#)
- [HAS. Cadre référentiel ETP PAERPA Dépression.](#)
- [HAS. Cadre référentiel ETP PAERPA Prévention des chutes.](#)
- [HAS. Cadre référentiel ETP PAERPA Polypathologie/polymédication.](#)
- [HAS. Cadre référentiel ETP PAERPA Annexes.](#)



Justification

Le plan personnalisé de santé 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.

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.				
Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.				
L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte.				
Le suivi du PPS est organisé en s'appuyant sur des critères explicites (date de révision, alertes, critères de processus et de résultats).				
Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient.				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Plan Personnalisé de Santé (PPS)				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

↳ En savoir plus

- [Fiche Points clés. HAS : Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire ?](#)
- [HAS. Mode d'emploi du Plan personnalisé de santé. Mai 2014.](#)

Implication des patients



► Prise en compte de l'expérience des patients

Justification

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.

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 recueil de l'avis des patients est organisé				
Ce recueil est organisé de manière régulière.				
L'analyse des résultats est réalisée en équipe.				
Cette analyse débouche sur un plan d'actions.				
Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients.				

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Prise en compte de l'expérience des patients				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Justification

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.

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

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Soutien aux aidants				

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).

Synthèse de votre auto-évaluation

AXE : TRAVAIL EN EQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunion de concertation pluriprofessionnelle				
Protocoles pluriprofessionnels				
Coordination avec les autres acteurs du territoire				
Dynamique d'équipe				

AXE : SYSTÈME D'INFORMATION	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Partage de données				
Gestion des données cliniques				
Analyse des pratiques				

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

AXE : IMPLICATION DES PATIENTS	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Information des patients				
Éducation thérapeutique				
Plan Personnalisé de Santé				
Prise en compte de l'expérience des patients				
Soutien aux aidants				



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00