



**HAL**  
open science

## Conception d'un outil d'évaluation des coopérations interprofessionnelles des soins primaires en France

Christelle Cardaci, Cyril Lopez-Ruiz

► **To cite this version:**

Christelle Cardaci, Cyril Lopez-Ruiz. Conception d'un outil d'évaluation des coopérations interprofessionnelles des soins primaires en France. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01289101

**HAL Id: dumas-01289101**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289101v1>**

Submitted on 20 Jun 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Grenoble Alpes  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2016

N°

---

*Conception d'un outil d'évaluation des coopérations  
interprofessionnelles des soins primaires en France*

---

THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

**M<sup>elle</sup> Christelle CARDACI**

Née le 26/09/1987 à Saint Martin d'Hères

**M<sup>r</sup> Cyril LOPEZ-RUIZ**

Né le 01/10/1987 à Saint Martin d'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\*  
Le : 09/03/2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Patrice FRANCOIS – PU-PH

Membres :

M. le Docteur Olivier MARCHAND – Directeur de Thèse

M. le Professeur Gaétan GAVAZZI – PU-PH

M. le Dr Raphaël BRIOT – MCU-PH

\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET****Année 2015-2016****ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>CHARLES Julie</b>	<b>Dermatologie</b>
PU-PH	<b>CHAVANON Olivier</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire</b>
PU-PH	<b>CHIQUET Christophe</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>CINQUIN Philippe</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>COHEN Olivier</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>COUTURIER Pascal</b>	<b>Gériatrie et biologie du vieillissement</b>
PU-PH	<b>CRACOWSKI Jean-Luc</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique</b>
PU-PH	<b>CURE Hervé</b>	<b>Oncologie</b>
PU-PH	<b>DEBILLON Thierry</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>DECAENS Thomas</b>	<b>Gastro-entérologie, Hépatologie</b>
PU-PH	<b>DEMATTEIS Maurice</b>	<b>Addictologie</b>
MCU-PH	<b>DERANSART Colin</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>DESCOTES Jean-Luc</b>	<b>Urologie</b>
MCU-PH	<b>DETANTE Olivier</b>	<b>Neurologie</b>
MCU-PH	<b>DIETERICH Klaus</b>	<b>Génétique et procréation</b>
MCU-PH	<b>DOUTRELEAU Stéphane</b>	<b>Physiologie</b>
MCU-PH	<b>DUMESTRE-PERARD Chantal</b>	<b>Immunologie</b>
PU-PH	<b>EPAULARD Olivier</b>	<b>Maladies Infectieuses et Tropicales</b>
PU-PH	<b>ESTEVE François</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
MCU-PH	<b>EYSSERIC Hélène</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
PU-PH	<b>FAGRET Daniel</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>FAUCHERON Jean-Luc</b>	<b>Chirurgie générale</b>
MCU-PH	<b>FAURE Julien</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>FERRETTI Gilbert</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>FEUERSTEIN Claude</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>FONTAINE Éric</b>	<b>Nutrition</b>
PU-PH	<b>FRANCOIS Patrice</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>GARBAN Frédéric</b>	<b>Hématologie, transfusion</b>
PU-PH	<b>GAUDIN Philippe</b>	<b>Rhumatologie</b>
PU-PH	<b>GAVAZZI Gaétan</b>	<b>Gériatrie et biologie du vieillissement</b>
PU-PH	<b>GAY Emmanuel</b>	<b>Neurochirurgie</b>
MCU-PH	<b>GILLOIS Pierre</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
MCU-PH	<b>GRAND Sylvie</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>GRIFFET Jacques</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
PU-PH	<b>GUEBRE-EGZIABHER Fitsum</b>	<b>Néphrologie</b>
MCU-PH	<b>GUZUN Rita</b>	<b>Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique</b>
PU-PH	<b>HAINAUT Pierre</b>	<b>Biochimie, biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>HENNEBICQ Sylviane</b>	<b>Génétique et procréation</b>
PU-PH	<b>HOFFMANN Pascale</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>HOMMEL Marc</b>	<b>Neurologie</b>
PU-MG	<b>IMBERT Patrick</b>	<b>Médecine générale</b>
PU-PH	<b>JOUK Pierre-Simon</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>JUVIN Robert</b>	<b>Rhumatologie</b>

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>KAHANE Philippe</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>KRACK Paul</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>KRAINIK Alexandre</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>LABARERE José</b>	<b>Epidémiologie ; Eco. de la Santé</b>
PU-PH	<b>LANTUEJOL Sylvie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
MCU-PH	<b>LAPORTE François</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LARDY Bernard</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LARRAT Sylvie</b>	<b>Bactériologie, virologie</b>
PU-PH	<b>LECCIA Marie-Thérèse</b>	<b>Dermato-vénérologie</b>
PU-PH	<b>LEROUX Dominique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>LEROY Vincent</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>
PU-PH	<b>LETOUBLON Christian</b>	<b>Chirurgie générale</b>
PU-PH	<b>LEVY Patrick</b>	<b>Physiologie</b>
MCU-PH	<b>LONG Jean-Alexandre</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>MACHECOURT Jacques</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>MAGNE Jean-Luc</b>	<b>Chirurgie vasculaire</b>
MCU-PH	<b>MAIGNAN Maxime</b>	<b>Thérapeutique, médecine d'urgence</b>
PU-PH	<b>MAITRE Anne</b>	<b>Médecine et santé au travail</b>
MCU-PH	<b>MALLARET Marie-Reine</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
MCU-PH	<b>MARLU Raphaël</b>	<b>Hématologie, transfusion</b>
MCU-PH	<b>MAUBON Danièle</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>MAURIN Max</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
MCU-PH	<b>MCLEER Anne</b>	<b>Cytologie et histologie</b>
PU-PH	<b>MERLOZ Philippe</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>MORAND Patrice</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
PU-PH	<b>MOREAU-GAUDRY Alexandre</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>MORO Elena</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>MORO-SIBILOT Denis</b>	<b>Pneumologie</b>
MCU-PH	<b>MOUCHET Patrick</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>MOUSSEAU Mireille</b>	<b>Cancérologie</b>
PU-PH	<b>MOUTET François</b>	<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie</b>
MCU-PH	<b>PACLET Marie-Hélène</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>PALOMBI Olivier</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PARK Sophie</b>	<b>Hémato - transfusion</b>
PU-PH	<b>PASSAGGIA Jean-Guy</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François</b>	<b>Anesthésiologie réanimation</b>
MCU-PH	<b>PAYSANT François</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>PELLETIER Laurent</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>PELLOUX Hervé</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>PEPIN Jean-Louis</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>PERENNOU Dominique</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
PU-PH	<b>PERNOD Gilles</b>	<b>Médecine vasculaire</b>
PU-PH	<b>PIOLAT Christian</b>	<b>Chirurgie infantile</b>

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>PISON Christophe</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>PLANTAZ Dominique</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>POIGNARD Pascal</b>	<b>Virologie</b>
PU-PH	<b>POLACK Benoît</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>POLOSAN Mircea</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>PONS Jean-Claude</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>RAMBEAUD Jacques</b>	<b>Urologie</b>
MCU-PH	<b>RAY Pierre</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>REYT Émile</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
MCU-PH	<b>RIALLE Vincent</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>RIGHINI Christian</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>ROMANET J. Paul</b>	<b>Ophtalmologie</b>
MCU-PH	<b>ROUSTIT Matthieu</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie</b>
MCU-PH	<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	<b>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</b>
PU-PH	<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
MCU-PH	<b>SATRE Véronique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>SAUDOU Frédéric</b>	<b>Biologie Cellulaire</b>
PU-PH	<b>SCHMERBER Sébastien</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>SCHWEBEL-CANALI Carole</b>	<b>Réanimation médicale</b>
PU-PH	<b>SCOLAN Virginie</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>STAHL Jean-Paul</b>	<b>Maladies infectieuses, maladies tropicales</b>
PU-PH	<b>STANKE Françoise</b>	<b>Pharmacologie fondamentale</b>
MCU-PH	<b>STASIA Marie-José</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>TAMISIER Renaud</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>TERZI Nicolas</b>	<b>Réanimation</b>
PU-PH	<b>TONETTI Jérôme</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>VANZETTO Gérald</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>WEIL Georges</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>ZAOUI Philippe</b>	<b>Néphrologie</b>
PU-PH	<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

## **REMERCIEMENTS COMMUNS**

A Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS, nous vous remercions de nous avoir soutenu et suivi tout au long de ce projet. Vous nous faites l'honneur de finaliser ce travail en acceptant la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND, nous te remercions de nous avoir fait confiance pour ce projet et pour ton accompagnement tout au long de la réalisation de cette thèse.

A Messieurs le Professeur Gaétan GAVAZZI et le Docteur Raphaël BRIOT, nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger dans ce jury et d'apporter votre expertise au jugement de notre travail. Veuillez accepter toute notre reconnaissance.

Nous remercions l'ensemble des experts ayant participé à la méthode Delphi. Votre participation a été indispensable à la bonne réalisation de ce projet et nous vous en sommes reconnaissants.



## REMERCIEMENTS DE CYRIL

A Christelle, ma chère co-thésarde, qui a réussi à me supporter pendant plusieurs années, que ce soit au cours des longues soirées révisions en 6<sup>ème</sup> année ou pendant ces 2 dernières années de travail sur la thèse. Merci pour ton aide précieuse et je te souhaite, même si je ne me fais pas de souci, le meilleur pour le futur qui s'offre à toi.

A mes parents, qui ont toujours cru en moi et mis tous les moyens en œuvre pour que j'atteigne mon but. Je vous remercie de m'avoir soutenu du début à la fin, dans les bons comme dans les moments difficiles.

A ma petite sœur, Mathilde, qui a suivi la même voie. Nous n'étions pas prédestinés à ce métier et finalement, on l'exercera tous les 2 ! Tu m'as supporté (ou presque !) malgré mon caractère difficile durant ces années de révisions. Merci pour tout.

A mes grand-mères, Pola et Geneviève, que j'aime fort, ainsi qu'à mes grand-pères, Pierre et Louis, à qui je pense très fort et qui, je le sais, sont fiers de moi.

A ma belle-famille, qui m'a permis de tenir sur la durée par les nombreux plats italiens à domicile comme à emporter !

A tous mes amis de la faculté et plus particulièrement à la triplète magique, Amo, Guigui et Max, avec qui j'ai passé d'excellents moments de la 2<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année. Merci pour les nombreuses fois où vous m'avez hébergé pour une nuit voire plus !

Je remercie les nombreux médecins m'ayant accueilli en stage et surtout lors de mes 2 derniers stages en médecine libérale : Lucile Boschetti, Lucile Grasset, Henry Marino, Pascal Jallon, Serge Julien Palletier, Eric Bernard, Jean Benoit Hirlemann et Olivier Schweizer.

Pour terminer, je remercie ma femme Mélanie, à qui je dois une grande partie de cette réussite. Sache que je suis le plus heureux des hommes avec toi.

## REMERCIEMENTS DE CHRISTELLE

A Cyril, mon co-thésard et ami de longue date avec qui j'ai révisé d'innombrables heures pour l'ECN. Notre duo pour cette thèse s'est finalement formé comme une évidence et même si c'était pas mal de boulot, j'en garderais un très bon souvenir.

À mes parents, je les remercie de m'avoir soutenu tout au long de mes études. Merci pour votre patience et votre soutien dans les moments durs. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

A mes frères et sœurs, et notamment Sébastien mon petit frère qui était tout petit quand j'ai commencé médecine. Tu venais me voir pendant mes révisions pour me demander si c'était dur et j'avais toujours droit à un gros câlin réconfortant.

A mes beaux-parents, mes belles sœurs et mon beau-frère, qui m'ont suivi et soutenu pendant l'ensemble de mon parcours. Un grand merci tout particulièrement à Amandine qui a relu de nombreuses fois la thèse.

A mes copines du lycée, Delphine et Karine avec qui nous avons vécu une première année de médecine difficile et avec qui je partage une grande amitié depuis plusieurs années.

A mes copines de médecine, Violette, Fanny, Marion et Katell avec qui j'ai partagé de grands moments d'émotions et les meilleurs DPP (Diners Presque Parfaits) de l'externat.

A mes co-internes qui sont devenus des amies, Julie et Elodie. La pédiatrie en hiver c'était dur, mais on aura partagé de grands moments. C'est toujours un grand plaisir de vous revoir.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation. Un grand merci aux pédiatres du CHU de Grenoble qui m'ont fait aimer la pédiatrie. Un grand merci à Yann Pascault, Stéphane Foulon, Jean-Paul Rougny qui m'ont fait découvrir la médecine générale sur le plateau du Vercors. Un grand merci à Alex Bucci, Sylvie Mazière, Alexandre Gaillard qui m'ont chouchouté et accueilli pendant et après ma grossesse ; vous m'avez appris énormément de choses. Un grand merci à tous les autres (les cardiologues du GHM, mes praticiens de SASPAS...) pour votre accueil et votre formation.

Enfin, merci aux deux hommes de ma vie. A Ludo, mon chéri qui a vécu tous mes moments de joie et de doutes. Tu as toujours été là pour me réconforter et m'encourager dans tout ce que j'entreprenais. Et merci à mon petit garçon, Maxence, pour tous les moments de bonheur.

# SOMMAIRE

ABREVIATIONS .....	10
GLOSSAIRE.....	11
RESUME.....	13
ABSTRACT .....	14
INTRODUCTION.....	15
METHODES .....	16
RESULTATS .....	19
DISCUSSION .....	25
CONCLUSION .....	28
CONCLUSION SIGNEE .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
REFERENCES.....	30
Annexe 1 : P. François et al. Manuscrit soumis. ....	33
Annexe 2: International Family Practice Maturity Matrix.....	57
Annexe 3 : Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires.....	59
Annexe 4 : Lettre explicative de la procédure Delphi.....	62
Annexe 5 : Extrait des réponses d'un participant à la 1 <sup>ère</sup> itération de la procédure Delphi ....	64
Annexe 6 : Questionnaire prototype.....	67
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	73

## **ABREVIATIONS**

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>FFMPS</b>	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital Patients Santé Territoires
<b>IFP-MM</b>	International Family Practice - Maturity Matrix
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>IRIS</b>	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
<b>MSP</b>	Référentiel d'Analyse et de Progression des Regroupements
<b>RAP- RPSP</b>	Pluri professionnels de Soins Primaires
<b>ZPP</b>	Zonage Pluri Professionnel

## GLOSSAIRE

**CENTRE DE SANTE** : appellation d'une structure de santé qui offre des soins ambulatoires pluri-professionnels, en secteur 1 et en tiers-payant. Tous les professionnels de la structure sont salariés.

**MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE** : appellation d'une structure de santé qui regroupe dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux. Ces professionnels produisent et entretiennent, ensemble, un projet de santé et contribuent ainsi à l'offre de soins.

**METHODE DELPHI** : Méthode ayant pour but d'obtenir un consensus de groupe sur un sujet par l'intermédiaire d'une approche systématique et structurée, incluant des procédures itératives de type questionnaire.

**POLE DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE** : appellation pour décrire le regroupement de professionnels de santé ayant différents modes d'exercices (ex : maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, groupements de coopération sociale et médico-sociale). Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

**SOINS PRIMAIRES** : issu du terme anglo-saxon « *Primary Health Care* ». Les fonctions principales des soins primaires sont les soins curatifs, les soins préventifs, la coordination ainsi que la continuité des soins. L'étendue des soins offerts varie selon les pays, selon les modes d'organisation des professionnels qui fonctionnent en groupe ou non et enfin selon le niveau de travail en équipe. En France, on fait référence aux « soins ambulatoires » ou « soins

de premiers recours » ou « soins de première ligne ». Plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes ...) mais aussi des services de santé sont impliqués dans la délivrance des soins primaires.

**VALIDITE D'UN TEST** : renvoie à la pertinence et à la possibilité de justifier les affirmations obtenues à partir des scores d'un test.

**VALIDITE DE FACE OU APPARENTE (*FACE VALIDITY*)** : correspond à l'appréciation subjective de la validité d'un test et à son acceptation par les sujets. Un test a une bonne validité apparente si son contenu semble mesurer ce qu'il affirme mesurer. Elle est essentiellement un jugement subjectif.

## RESUME

**POSITION DU PROBLEME :** Les coopérations inter professionnelles en soins primaires se développent dans de nombreux pays dont la France. Différents instruments ont été élaborés sous trois formes (matrice de maturité, questionnaire d'évaluation et grille d'accréditation) pour évaluer l'organisation et le fonctionnement de ces coopérations. En France, deux matrices de maturité sont accessibles en français. À ce jour, nous ne disposons pas d'outils de type questionnaire d'évaluation. L'objectif de ce travail est de concevoir un questionnaire d'évaluation des coopérations inter professionnelles en soins primaires.

**METHODES :** A partir d'une revue de la littérature, un comité de pilotage a colligé et trié l'ensemble des questions issues de 16 outils internationaux des coopérations inter professionnelles en soins primaires. Un questionnaire préliminaire, à partir de plusieurs itérations, a été soumis à l'avis d'un panel d'expert selon la procédure Delphi. Les experts ont évalué anonymement la pertinence de chaque question sur une échelle de 1 à 9. Le consensus positif d'une question était établi si la médiane des cotations était supérieure ou égale à 7.

**RESULTATS :** Dix-sept experts ont accepté de participer. Le taux de réponse de chaque itération variait de 82 à 100% de réponses. Après suppression des questions redondantes, trop subjectives ou non applicables au système de soins français, le questionnaire préliminaire comportait 62 questions de type fermées (Oui/ Non / Ne se prononce pas). Après trois itérations Delphi, 53 questions ont été validées et organisées en six dimensions : gestion de la structure et de l'équipe, qualité et sécurité des soins, gestion des données des patients, coopération inter professionnelle, accessibilité et continuité de soins et formation.

**CONCLUSION :** Ce travail a permis de concevoir un questionnaire d'évaluation des coopérations inter professionnelles applicable au système de soins primaires français qui doit désormais être soumis à un processus de validation complet.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Interprofessional cooperations in primary care are developing in a lot of countries, like in France. Various instruments were developed in three different forms (maturity matrix, questionnaire and accreditation tool) to evaluate the organization and the functioning of these cooperations. In France, two maturity matrices are accessible. Today, a primary care assessment tool in a form of questionnaire doesn't exist. The main objective of this work is to develop a French questionnaire to evaluate the interprofessional cooperation in primary care.

**METHODS:** From a literature review, all the questions of the 16 international primary care assessment tools are sorted out by a select group. From several questions, a preliminary questionnaire was submitted to an expert group by the Delphi technique. Experts estimated anonymously the relevance of every question on a scale from 1 to 9. The positive consensus of a question was established if the median of the quotations was superior or equal to 7.

**RESULTS:** Seventeen experts agreed to participate. The participate rate of the Delphi technique was between 82 and 100 %. Subjective questions, repetitive questions and inappropriate questions for the French system were deleted. The preliminary questionnaire included 62 closed questions (yes/no/not applicable). After three rounds of the Delphi technique, 53 questions were selected by the experts. They were organized in six categories: the structure and team management, the quality and security care, the management of the data's patient, the interprofessional cooperation, the accessibility and continuity of care, and the training.

**CONCLUSION:** Thanks to this work, a questionnaire to evaluate the interprofessional primary care in France was developed. This tool must be filed to a complete process of validation.



## INTRODUCTION

Dans différents pays, notamment européens et américains, nous observons une tendance au développement de coopérations inter professionnelles en soins primaires (1–3). Cette dynamique s’est construite, depuis plusieurs années, dans une volonté d’améliorer l’accessibilité des soins, la sécurité, la qualité des soins et la coopération interprofessionnelle (4). En France, depuis la loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » (HPST) en 2009, l’Etat encourage la création de groupements pluri professionnels et propose des incitatifs financiers (5). Les groupements de soins primaires se sont d’abord développés sous la forme de centres de santé associatifs, municipaux ou mutualistes puis, plus récemment, sous forme de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et de pôles de santé (6,7).

Pour suivre cette évolution et étudier le fonctionnement et le service rendu par ces coopérations inter professionnelles, divers instruments d’évaluation ont été développés principalement aux Etats-Unis et dans plusieurs pays européens. Une revue de la littérature a permis d’analyser seize outils d’évaluation catégorisés en trois types : les « matrices de maturité », les « questionnaires d’évaluation » et les « grilles d’accréditation » (P. François et al. Manuscrit soumis. Annexe 1). Ces outils sont organisés en dimensions et sous dimensions qui permettent de caractériser l’organisation et le fonctionnement de ces coopérations. Les « matrices de maturité » évaluent sur une échelle ordinale le niveau de développement organisationnel pour chaque dimension. Elles reposent sur l’évaluation individuelle de chaque membre de l’équipe suivi d’un consensus du groupe. Les « questionnaires d’évaluation » sont des outils de communication dont les modalités de l’évaluation diffèrent entre les outils. Les « grilles d’accréditation » sont utilisées par des organismes tiers dans le but de fournir des labellisations et/ou des financements publics ou privés. Pour les « questionnaires d’évaluation » et les « grilles d’accréditation », les dimensions sont organisées sous forme de séries de critères ou de questions qui font l’objet de réponses fermées.

En France, nous disposons à ce jour de deux matrices de maturité : la version française de l' « International Family Practice- Maturity Matrix » (IFP-MM) (8,9) (Annexe 2) et le « Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluri professionnels de soins primaires » (RAP-RPSP) développé en 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec plusieurs associations médicales (10) (Annexe 3). Cependant, les matrices de maturité comportent des limites : des processus de réalisation fastidieux et longs, des questions pouvant être subjectives et des processus de validation pour certains incomplets ou inconnus. L'utilisation en pratique de ces matrices paraît donc difficile.

Une étude réalisée dans 35 MSP de la région Rhône-Alpes en 2013 montrait la faisabilité d'un questionnaire simple fondé sur des questions fermées (11).

Il serait utile de disposer d'un outil de type questionnaire d'évaluation pour mesurer le développement organisationnel et les performances des coopérations inter professionnelles en France. L'objectif principal de ce travail est de concevoir cet instrument de mesure en langue française afin qu'il soit simple d'utilisation et basé sur des critères objectifs.

## **MÉTHODES**

### Elaboration du questionnaire

La conception de l'outil a été menée par un comité de pilotage composé de quatre membres : un professeur de Santé Publique, un médecin généraliste exerçant en maison de santé et deux internes en médecine générale.

Plusieurs étapes se sont succédées : l'identification des questions des différents outils d'évaluation des coopérations inter professionnelles existantes, la présélection des questions pertinentes par le comité de pilotage à travers plusieurs ateliers de travail, la sélection d'un panel d'experts, la soumission des questions retenues à ce panel par la procédure Delphi, et enfin l'élaboration du questionnaire « prototype ».

### Identification et pré sélection des questions

L'ensemble des questions des 16 outils identifiés dans la revue de la littérature (P. François et al. Manuscrit soumis) a été colligé et trié. Après une traduction en français, une présélection des questions a été réalisée par le comité de pilotage. Les questions sélectionnées devaient être objectives et ne traiter que d'une seule caractéristique.

Les redondances étaient supprimées. Plusieurs séries de questions sous diverses formulations pouvaient être présentes dans tous les outils. Les questions non applicables à notre système de soins ont été également exclues et les questions subjectives ont été modifiées ou supprimées. La subjectivité d'une question était définie par le fait que la réponse reposait uniquement sur l'opinion du répondant. Au contraire, l'objectivité d'une question était définie par le fait que la réponse reposait sur la présence d'un élément vérifiable (exemple : la présence d'une salle de réunion).

Des nouvelles questions non décrites par les outils identifiés pouvaient être proposées par le comité.

### Sélection du panel d'experts

Vingt et un professionnels ont été contactés individuellement par mail selon la méthode du choix raisonné. Ces professionnels ont été choisis pour leur compétence et/ou leur expérience dans le fonctionnement, l'organisation et la gestion des coopérations inter professionnelles en soins primaires (centre de santé, maison de santé et/ou pôle de santé pluri professionnel). Ils ne connaissaient pas l'identité des autres professionnels contactés.

## La procédure Delphi

La procédure Delphi visait à obtenir le consensus d'un groupe. Elle consistait à soumettre un questionnaire à chaque expert qui répondait de manière anonyme, puis à donner les résultats du groupe à chacun à partir d'itérations, jusqu'à l'émergence d'un consensus (12–16).

Une lettre explicative du déroulement de la procédure Delphi était envoyée à chaque expert (Annexe 4). Une version électronique du questionnaire préliminaire était soumise anonymement par internet et une version papier était envoyée par courrier postal. Le logiciel de création de questionnaire *Google Forms*® a été utilisé.

A chaque itération, les experts évaluaient la pertinence et l'objectivité des questions proposées par le comité de pilotage. La cotation se faisait sur une échelle ordinaire de 1 (pas du tout d'accord) à 9 (tout à fait d'accord). Un espace « commentaire » était disponible pour chaque question afin d'argumenter la réponse et/ou de proposer une autre formulation de la question. A la fin du questionnaire, un champ libre permettait aux experts de faire d'autres commentaires ou d'autres propositions de questions. Les experts répondaient une seule fois par itération et ne pouvaient envoyer le questionnaire que s'il était rempli entièrement. Les commentaires étaient facultatifs.

Les résultats étaient envoyés individuellement par e-mail et courrier postal. Ils étaient synthétisés en histogramme et diagramme en boîte. Tous les commentaires étaient cités anonymement. Chaque expert pouvait comparer ses réponses (notées d'une étoile sur les histogrammes) par rapport à celle du groupe (Annexe 5).

Chaque itération devait durer entre 4 et 5 semaines. Un délai maximum de 3 semaines était attendu pour la réponse des experts. Une relance était systématiquement envoyée par e-mail en l'absence de réponse au bout de 15 jours.

## Analyse des réponses

Les résultats ont été analysés sur le logiciel de traitement de données *Excel*®.

Pour chaque question étaient calculés la médiane, les extrêmes, l'intervalle interquartile (IIQ), le pourcentage de réponses entre [1-3] et le pourcentage de réponses entre [7-9].

Une question était validée si elle avait un consensus positif. Le consensus positif était défini par une médiane supérieure ou égale à 7 en l'absence de désaccord. Le désaccord correspondait à plus de 30% des cotations individuelles dans l'intervalle [1 -3].

Une question était exclue si elle avait un consensus négatif ou si la médiane était inférieure à 7 après trois itérations. Le consensus négatif était défini par une médiane inférieure ou égale à 3 en l'absence de désaccord. Le désaccord correspondait à plus de 30% des cotations individuelles dans l'intervalle [7 -9].

Si plusieurs formulations grammaticales étaient proposées pour une même question et si ces dernières avaient toutes un consensus positif, la formulation validée était celle comportant la meilleure médiane et/ou le pourcentage de réponse dans l'intervalle [7-9] le plus haut.

Les questions sans consensus (positif ou négatif) ou celles pour lesquelles les commentaires des experts étaient contradictoires étaient proposées à l'itération suivante à l'identique, avec de nouvelles précisions ou avec une nouvelle formation grammaticale.

## **RÉSULTATS**

### Présélection des questions

A partir des 16 outils identifiés dans la littérature, 588 questions étaient disponibles sur Internet. La présélection du comité a permis de retenir 62 questions soit la réduction de près de 89.4 % des questions.

Les exclusions étaient liées à un nombre important de questions redondantes entre les outils (par exemple « *The organization manages transitions in care and provides or facilitates patient access to urgent and emergent care* » (17) et « *The practice team responds to emergencies and urgent medical conditions* » (18)) ou à une tendance à la subjectivité des questions (ex : « *Engage all team members in a shared vision* » (19)). Toutes les questions non pertinentes pour le système de soins français étaient également supprimées (ex : « *The practice has a cooperation agreement with pharmacists* » (20)).

### Elaboration du questionnaire préliminaire

Le questionnaire soumis à la procédure Delphi était composé de 62 questions sous forme d'affirmations, à l'exception de trois sous forme interrogative. Certaines questions étaient proposées avec plusieurs formulations grammaticales.

Les questions ont été classées en sept concepts : infrastructure (n=11), gestion des données (n=9), organisation et fonctionnement de la structure (n=8), prise en charge des patients (n=7), soins pluridisciplinaires (n=12), gestion de la structure et de l'équipe (n=10) et formation (n=5).

### Panel d'experts

Parmi les vingt-et-une personnes contactées, dix-sept personnes ont accepté de participer à la procédure Delphi. Le panel était composé de huit femmes et neuf hommes. Quinze personnes étaient de la région Rhône-Alpes et deux de l'Île-de-France. Au sein de ce groupe, nous avons dix médecins généralistes, un professeur de santé publique, un dentiste, un coordinateur infirmier en centre de santé, un coordinateur secrétaire en centre de santé, un directeur de centre de santé, un conseiller en ingénierie sociale et management de la santé, et un représentant de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes chargé de l'offre de soins de premier recours (Tableau 1).

Douze experts exerçaient en soins primaires : six en centre de santé, deux en pôle de santé et quatre en MSP. Parmi eux, six exerçaient dans un zonage pluri professionnel (ZPP) défini par l'ARS non déficitaire, deux en ZPP fragile et quatre en Ilots Regroupés de l'Information Statistique (IRIS) fragile définis par l'INSEE pour les agglomérations.

**Tableau 1** : Panel des experts

	Nombre (Pourcentage)
<b>Sexe</b>	
Hommes	9 (53%)
Femmes	8 (47%)
<b>Type de profession</b>	
Nombre de profession médicale	12 (71%)
Nombre de médecins généralistes	10
Autres	2
Nombre de profession paramédicale	2 (12%)
Autres professions	3 (17%)
<b>Type d'exercice</b>	
Centre de santé	6 (35%)
Maison de santé	4 (24%)
Pôle de santé	2 (12%)
Autre exercice	5 (29%)
<b>Zonage pluri professionnel défini par l'Agence Régionale de Santé</b>	
Non déficitaire	6 (35%)
Fragile	2 (12%)
IRIS fragile	4 (24%)
Non applicable	5 (29%)
<b>Région</b>	
Rhône-Alpes	15 (88%)
Ile de France	2 (12%)

## La procédure Delphi

Trois itérations ont été effectuées de mars à juillet 2015.

Le nombre d'experts ayant répondu à la première itération était de 17 (100% du panel) et 14 pour les deux autres (82% de réponses) (Tableaux 2 et 3).

A l'issue de la première itération, 42 questions avaient un consensus positif et aucune question n'avait de consensus négatif. L'ensemble des questions a été soumis à la deuxième itération pour que chaque expert prenne note des cotations du groupe et des commentaires. Une nouvelle question « Il existe dans la structure des projets de télémédecine » a été ajoutée suite à la suggestion d'un expert.

A la deuxième itération, les experts ont évalué 63 questions. Cinquante-six questions avaient un consensus positif et 3 un consensus négatif (Figures 1 et 2). Après examen des commentaires, parmi les 56 questions ayant obtenu un consensus positif, treize questions ont été reformulées. Ces treize questions ont été réévaluées à l'itération suivante. Nous avons finalement validé 43 questions et exclu 3 questions.

A la troisième itération, les experts ont évalué 17 questions. Dix questions avaient un consensus positif et ont été validées. Sept questions n'avaient obtenu ni consensus positif ni consensus négatif après les trois itérations et ont été exclues devant une stabilité des réponses.

Au total, 53 questions ont été validées et incluses dans un questionnaire « prototype » (Annexe 6).



**Tableau 2 : Résultats de la procédure Delphi**

	<b>Première itération</b>	<b>Deuxième itération</b>	<b>Troisième itération</b>
Nombre de répondants (%)	17 (100%)	14 (82%)	14 (82%)
Nombre de questions évaluées	62	63	17
Nombre de questions avec plusieurs formulations grammaticales	4	5	9
Nombre de questions validées	0	43	10
Nombre de questions exclues	0	3	7

**Tableau 3 : Exemple de résultats de questions**

Question validée ayant obtenu un consensus positif :

**Q38 : Le projet personnalisé de soins est accessible au patient et à tous les intervenants**

	Médiane	IIQ*	Min	Max	% [1-3]	% [7 -9]
2 <sup>ème</sup> itération	8.5	[8-9]	7	9	0.00	100.00

\* IIQ : Intervalle Inter Quartile

Question exclue ayant obtenu un consensus négatif :

**Q29 : La communication par mail entre patients et professionnels de santé est possible**

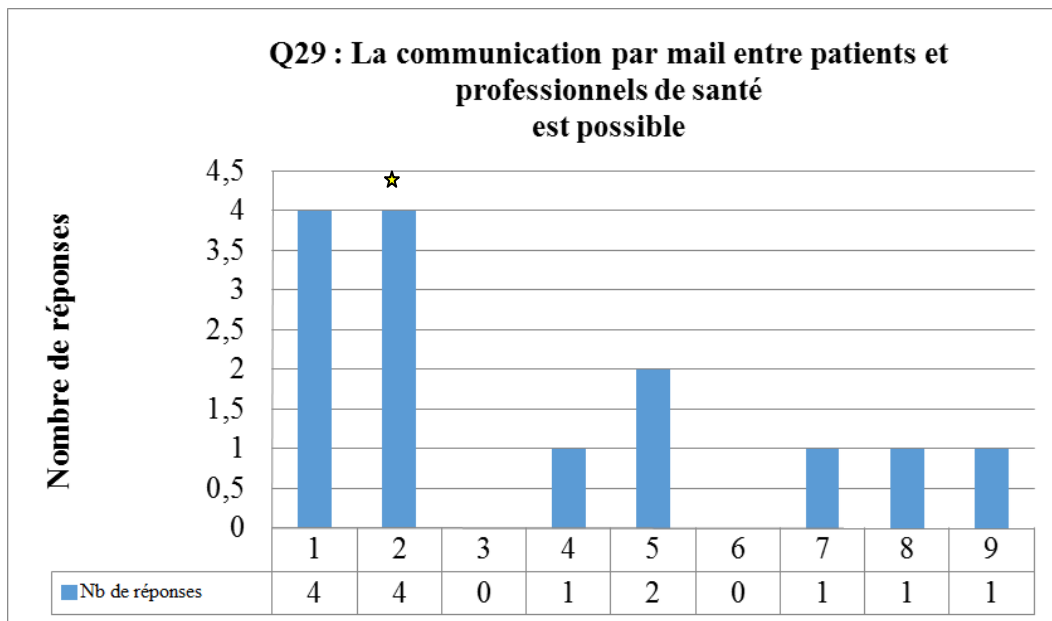
	Médiane	IIQ	Min	Max	% [1-3]	% [7 -9]
2 <sup>ème</sup> itération	2	[1.25-5]	1	9	57.14	21.43

Question exclue ayant obtenu ni un consensus positif ni un consensus négatif après plusieurs itérations :

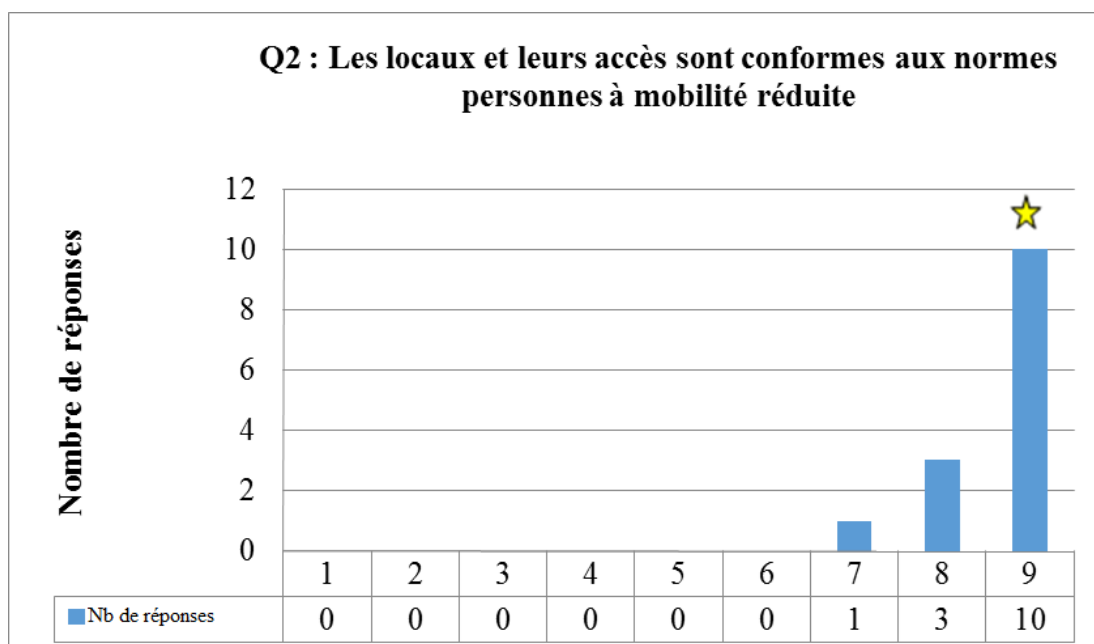
**Q63 : Il existe dans la structure des projets de télémédecine**

	Médiane	IIQ	Min	Max	% [1-3]	% [7 -9]
2 <sup>ème</sup> itération	6.5	[4.25-8]	1	9	14.29	50.00
3 <sup>ème</sup> itération	5.5	[4.25-8]	1	9	14.29	42.86

**Figure 1 :** Exemple de question exclue à la deuxième itération (l'étoile jaune identifie la cotation d'un des experts)



**Figure 2 :** Exemple de question validée à la deuxième itération (l'étoile jaune identifie la cotation d'un des experts)



### Elaboration du questionnaire « prototype »

Le questionnaire d'évaluation final était composé de 53 questions sous forme d'affirmation. Les réponses attendues seront de type Oui/ Non/ Ne se prononce pas (NSP). Pour deux questions, la réponse en cas de positivité sera complétée d'une réponse chiffrée à remplir par l'évaluateur.

Les questions ont été organisées en 6 dimensions : la gestion de la structure et de l'équipe (n=11), la qualité et sécurité des soins (n=10), la gestion des données des patients (n=8), la coopération inter professionnelle (n=8), l'accessibilité et continuité des soins (n=9) et la formation (n=7).

Le questionnaire d'évaluation a été complété par un questionnaire descriptif recueillant des informations sur les caractéristiques de la coopération inter professionnelle : le statut (centre de santé, MSP, pôle de santé), le zonage pluri professionnel (ZPP), la composition du groupe et l'organisation en termes d'horaires d'ouverture et d'accueil téléphonique du groupement (Annexe 6).

## **DISCUSSION**

Nous avons conçu un outil d'évaluation des coopérations inter professionnelles applicable au système de soins primaires français sous la forme d'un questionnaire d'évaluation. Il est composé de 53 questions objectives à réponses fermées organisées en six dimensions. Le processus d'élaboration a reposé sur une revue de la littérature et un tri par la méthode de consensus Delphi plaidant pour une validité de face des questions du questionnaire « prototype ».

Le choix de la forme « questionnaire d'évaluation » de l'outil a été préféré aux matrices de maturité pour des questions de faisabilité. L'objectif était de concevoir un outil avec une méthode d'évaluation simple et une durée de réalisation courte. Nous avons choisi des questions objectives évaluant une seule caractéristique par question avec des réponses reposant sur une cotation simple de type « Oui/Non/NSP ». Dans les matrices, les questions peuvent être complexes car elles décrivent plusieurs caractéristiques par question. Les réponses de type « Oui/Non/NSP » permettent de limiter les biais de l'enquêteur (ou de subjectivité) comparés aux échelles de Likert de type « Aucune caractéristique/ Quelques caractéristiques/ La plupart des caractéristiques/ Toutes les caractéristiques ». D'autre part, la méthode de réalisation des matrices est lourde même si elle favorise l'implication et l'intérêt des membres d'une équipe dans les démarches d'amélioration. En effet, l'évaluation se fait en plusieurs étapes successives en présence de tous les professionnels de l'équipe et nécessite une libération d'un temps conséquent en plus du temps déjà imposé par les contraintes administratives et la gestion de la structure (11,21). Les outils sous forme de questionnaire d'évaluation sont plus simples, moins complexes et peuvent être complétés plus rapidement. Ils répondent à des critères de faisabilité dans l'idée de réalisations répétées afin de suivre dans le temps l'évolution de ces coopérations interprofessionnelles.

Quand on compare le contenu du questionnaire prototype à celui des outils de la littérature, il est comparable sur différents points. Le nombre de dimensions ( $n=6$ ) est proche de la médiane des autres outils (médiane = 7) (P. François et al. Manuscrit soumis). Parmi les dimensions retenues, cinq font partie des dix éléments de haut niveau d'organisation identifiés par Crossland et al. (22). De plus, les thématiques abordées au sein du questionnaire mettent en avant les quatre attributs des soins primaires définis par *The Institute of Medicine* en 1996 : l'accessibilité, l'exhaustivité des prises en charge, la coordination et la continuité des soins (23). Le nombre des questions est de 53 contre une médiane de 86 dans la revue de la

littérature de P. François et al.. Ainsi, la composition des dimensions de ce questionnaire est finalement comparable en qualité et en quantité avec la littérature. En se basant sur le nombre d'items et de dimensions, notre questionnaire est donc moins long et moins complexe que la majorité des autres outils, ce qui répond à notre objectif initial.

Nous avons utilisé la procédure Delphi développée par la fondation Research AND Development (RAND). L'utilisation de cette procédure a permis le maintien de l'anonymat des participants qui évite l'effet « leader d'opinion » et l'effet indésirable de dynamique de groupe. Les autres avantages de cette méthode sont l'itération des réponses avec remontée contrôlée (technique du « retour d'information », « rétroaction contrôlée » ou « feedback »), l'analyse quantifiée des réponses du groupe, le moindre coût et la possibilité d'avoir un panel d'experts issu d'une zone géographique large (12,16,24).

Plusieurs limites peuvent être discutées dans notre étude. La première est la présélection des questions par le comité de pilotage de l'étude. Nous avons réalisé une réduction de près de 89 % du nombre de questions. Cette réduction se justifie car pour un bon nombre, les outils étaient composés de questions redondantes, subjectives (caractéristiques non vérifiables), et/ou non applicables à notre système de soin français. Cependant, cette présélection a pu limiter le rôle des experts dans la procédure Delphi. Il fallait toutefois proposer au panel d'experts un nombre raisonnable de questions et obtenir un nombre satisfaisant de réponse. Par ailleurs, le choix des experts et l'absence de débat peuvent être des limites. Nous avons tenté de limiter le biais de sélection des experts avec une sélection par choix raisonné. De plus, parmi les experts qui ont répondu favorablement à notre proposition, une grande majorité exerce dans la région Rhône-Alpes ce qui peut, ne pas représenter l'expérience des différents modes d'exercices sur le plan national.

## **CONCLUSION**

Nous avons conçu un questionnaire destiné à évaluer le développement organisationnel des coopérations inter professionnelles en France. Il est composé de 6 dimensions et 53 questions. Pour être complètement validé, il doit être soumis à des tests psychométriques. Un test de faisabilité au sein de plusieurs structures pluri professionnelles permettrait d'étudier la durée de réalisation et l'acceptabilité de cet outil. Une comparaison de cet outil avec un outil reconnu sur le plan international tel que l'outil IFP-MM permettrait de comparer les capacités de notre questionnaire à évaluer le développement organisationnel des coopérations inter professionnelles.

THÈSE SOUTENUE PAR : LOPFZ-RUTZ Cyril et CARDACI Christelle

TITRE Conception d'un outil d'évaluation des coopérations inter professionnelles des soins primaires en France

#### CONCLUSION

En conclusion, nous avons conçu un questionnaire destiné à évaluer le développement organisationnel des coopérations inter professionnelles en France. Il est composé de six dimensions et 53 questions. Pour être complètement validé, il doit être soumis à des tests psychométriques. Un test de faisabilité au sein de plusieurs structures pluri professionnelles permettrait d'étudier la durée de réalisation et l'acceptabilité de cet outil. Une comparaison de cet outil avec un outil reconnu sur le plan international tel que l'outil IFP-MM permettrait de comparer les capacités de notre questionnaire à évaluer le développement organisationnel des coopérations inter professionnelles.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 10/02/16



LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

  
PROFESSEUR P. FRANÇOIS

## REFERENCES

1. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique* 2009;21:27-38.
2. Martin-Misener R, McNab J, Sketris IS, Edwards L. Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2004;17:33-45.
3. Chabot J-M, De Hass P. La fin de l'exercice isolé. *Rev Prat Médecine Générale* 2011;25:805-808.
4. Wagner EH, Sandhu N, Coleman K, Phillips KE, Sugarman JR. Improving care coordination in primary care. *Med Care* 2014;52:S33-8.
5. République Française. Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française* du 22 juillet 2009.
6. Georges P, Waquer C, Part J. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. *Inspection générale des affaires sociales*; 2013. Report No.: RM2013-119P.
7. Durand G. Les maisons de santé : beaucoup de bruit pour quelque chose. *Prescrire* 2012;32:65-71.
8. Tapp L, Bekkers M-J, Braspenning J, Edwards A, Eriksson T, et al. Developing the International Family Practice Maturity Matrix – an organisational assessment tool for primary care. *CARDIFF University*. 2009.
9. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e48.



10. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires : Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. 2014. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soinsprimaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soinsprimaires).  
accédé le 02/02/2016
11. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. *Santé Publique* 2015;27:539-546.
12. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser? *Exercer*. 2011;22(99):170-7.
13. Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval*. 2007;12(10):1-8.
14. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376-80.
15. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. sept 1984;74(9):979-83.
16. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al., éditeurs. *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica: Rand; 2001. 109 p.
17. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50:161-175.
18. Levitt C, Hilt L. *Quality book of tools*. Toronto: McMaster Innovation Press; 2010.
19. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res* 2002;37:791-820.
20. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005;22:215-22.

21. Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2004;13:287-94.
22. Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Med J Aust* 2014;201:S47-51.
23. Donaldson M, Yordy K, Lohr KN, Vanselow N, editors. Primary care: America's health in a new era. National Academy Press; Washington, DC: 1996.
24. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique - Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». 2010. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide\\_methodologique\\_cf\\_40\\_pages\\_2011-11-03\\_15-40-2\\_278.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf). accédé le 26/01/2016

**Annexe 1 : P. François et al. Manuscrit soumis.**

---

**Manuscrit**

**Les outils d'évaluation des groupements pluriprofessionnels en soins primaires : Revue systématique.**

**Systematic review of tools for multi-professional primary care team assessment.**

Outils d'évaluation en soins primaires

P. François<sup>1</sup>, C. Cardaci<sup>2</sup>, C. Lopez-Ruiz<sup>2</sup>, B. Boussat<sup>1</sup>, O. Marchand<sup>2</sup>.

1- Unité d'évaluation médicale, pôle de santé publique, CHU de Grenoble

2- Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Grenoble-Alpes

---

## **Abstract**

**Background:** Multi-professional teams in primary care are developing in many countries, including France. Various instruments have been developed to assess the organization and of these organizations. A systematic review of the literature was conducted to screen the instruments that assess multi-professional teams in primary care.

**Methods:** The scientific literature was searched in the PubMed database, and the gray literature was searched on the internet. The documents were selected by two independent investigators. The data collected included information on assessment instruments: their origin, content, method of use, and validation process.

**Results:** Sixty-five documents of 16 assessment instruments were selected for the study. Twelve instruments were developed in North America and four in Europe. Four instruments were evaluation questionnaires, four accreditation tools, and eight were maturity matrices. The maturity matrices were structured by level of organizational development. They included an individual self-assessment of each professional followed by group consensus in the presence of an external facilitator. The questionnaire and accreditation tools had variable organizations and use patterns. The number of questions ranged from 25 to 200 with a median of 80. The instruments were organized into four to 16 dimensions, with a median of seven. Six topics common to all instruments were identified: practice and staff management, quality development, patient data management, interprofessional cooperation, accessibility and continuity of care, and training. The validation processes of the tools were variable and often incomplete.

**Conclusion:** The assessment tools for primary care groups is heterogeneous in purpose, content, and mode of use. However, common topics were found for all tools. An evaluation questionnaire, in French, would be useful to monitor and evaluate health centers and nursing homes in France over time.

**Keywords:** Primary health care. Assessment tools. Interprofessional cooperation. Quality improvement. Organizational development.

## Résumé

**Position du problème :** Les regroupements pluri professionnels en soins primaires se développent dans de nombreux pays dont la France. Différents instruments ont été élaborés pour évaluer l'organisation et le fonctionnement de ces regroupements. L'objectif de cette étude était de réaliser une revue systématique de la littérature des instruments d'évaluation des groupements de soins primaires pluri professionnels.

**Méthodes :** La littérature scientifique a été recherchée dans la base de données Pubmed, la littérature grise a été recherchée sur internet. Les données récoltées comportaient des informations sur les instruments d'évaluation : origine, contenu, mode d'utilisation et processus de validation.

**Résultats :** Soixante-cinq documents, portant sur 16 instruments d'évaluation ont été retenus dans l'étude. Douze instruments ont été développés en Amérique du Nord et quatre en Europe. Quatre instruments étaient des questionnaires d'évaluation, quatre des grilles d'accréditation et huit étaient des matrices de maturité. Les matrices de maturité étaient structurées en niveaux de développement organisationnel. Leur utilisation comportait une auto-évaluation individuelle par chaque professionnel, suivie par un consensus de groupe en présence d'un facilitateur externe. Les questionnaires d'évaluation et les grilles d'accréditation avaient des structures et des modes d'utilisation variables. Le nombre de questions variait de 25 à 200 avec une médiane à 80. Les instruments étaient structurés en 4 à 16 dimensions avec une médiane à 7. Six thématiques communes ont été identifiées. Les processus de validation des outils étaient très variables et le plus souvent incomplets.

**Conclusion :** Il existe un ensemble hétérogène d'instruments d'évaluation des groupements de soins primaires. Ces instruments diffèrent par leur objectif, leur contenu et leur mode d'utilisation. On retrouve cependant des thématiques communes. Un questionnaire d'évaluation des regroupements pluri professionnels des soins primaires, en langue française serait utile pour évaluer et suivre dans le temps les centres, maisons et pôles de santé en France.

**Mots clés :** Soins de santé primaires. Instruments d'évaluation. Coopération interprofessionnelle. Amélioration de la qualité. Développement organisationnel.

## **Introduction**

Dans différents pays, notamment européens et américains, on assiste à une évolution de l'offre de soins primaires avec le développement de regroupements pluri-professionnels [1-3]. Aux Etats-Unis, les «medical home» ou plus récemment les «Patient-Centered Medical Home» sont des structures de soins ambulatoires où les professionnels de santé travaillent en équipe multidisciplinaire [4, 5]. Au Canada, les groupements pluridisciplinaires implantés depuis les années soixante-dix s'organisent sous la forme de «Centres locaux de services communautaires», de «Community Health Centres» ou plus récemment sous forme de «Groupes de médecine de famille» et de «Family Health Teams» [1]. Les principales motivations de ces groupements sont d'offrir une prise en charge globale du patient (comprehensive care), intégrant des démarches systémiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (systems-based approach to quality and safety ). Ces équipes multidisciplinaires favorisent la continuité et la coordination des soins, la collaboration interprofessionnelle entre médecins, infirmiers et travailleurs sociaux et elles améliorent l'accessibilité des soins [6-8].

En France, les groupements de soins primaires se sont d'abord développés sous la forme de centres de santé associatifs, municipaux ou mutualistes puis, plus récemment, sous forme de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et de pôles de santé [1, 9]. Ce mouvement est soutenu par les pouvoirs publics qui souhaitent renforcer la coordination des soins et maintenir une offre de soins primaires dans les territoires où elle tend à disparaître. Ainsi, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 a proposé des incitatifs financiers aux regroupements des professionnels de santé dans des structures pluri professionnelles de soins primaires, en particulier dans les zones où l'offre de soin est fragile [10]. D'après le Code de la Santé Publique, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ont des « activités de soins de premier recours ; ils assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Dans ces organisations, les médecins généralistes collaborent avec d'autres professionnels de santé : médicaux (médecins spécialistes, pharmaciens, dentistes, sages-femmes...) et paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, podologues...). Une étude réalisée dans 35 MSP de la région Rhône Alpes montrait que leur implantation était récente, la plupart (86%) ayant été mises en fonctionnement à partir de 2009 [11]. Ces regroupements étaient très

hétérogènes en termes de taille, de composition professionnelle et de niveau de coopération interprofessionnelle [11, 12].

Pour suivre cette évolution de l'offre de soins primaires et mesurer le service rendu par ces groupements pluri professionnels, divers instruments d'évaluation ont été développés, principalement aux Etats-Unis et en Europe [13, 14]. Selon leur objectif et leur mode d'utilisation, ces instruments peuvent être classés en trois catégories : les matrices de maturité, les questionnaires d'évaluation et les grilles d'accréditation. Ils sont constitués de questions ou critères organisés en dimensions et sous-dimensions qui permettent de caractériser l'organisation et le fonctionnement des groupements.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier et de décrire, à travers la littérature scientifique et professionnelle, les outils d'évaluation des regroupements pluri professionnels en soins primaires.

## **Matériel et méthodes**

### Schéma d'étude

Une revue systématique des publications décrivant les instruments d'évaluation des regroupements pluri professionnels a été réalisée de mai 2014 à avril 2015.

### Stratégie de recherche

La recherche documentaire a été réalisée essentiellement par l'interrogation de la base de données Pubmed. Plusieurs termes MESH ont été utilisés avec la formule suivante: (((((((("Primary Health Care"[Mesh][15]) OR ("General Practice"[Mesh]) OR ("Family Practice"[Mesh])) AND (("Quality Improvement"[Mesh]) OR ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR ("Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) OR ("Questionnaires"[Mesh] )))) NOT "depression"[Title/Abstract]) NOT "dentist"[Title/Abstract]) NOT "disease"[Title/Abstract]) NOT "treatment"[Title/Abstract]

Les filtres utilisés étaient les suivants : résumé disponible et date de publication du 01/01/2000 au 30/09/2014.

Cette recherche bibliographique a été complétée par l'exploration d'internet par le moteur de recherche Google avec les mots-clés suivants : « maturity matrix », « family practice », «

general practice », « tool », « questionnaire ». Après avoir utilisé ces critères de recherche, nous avons étudié les sites internet ainsi que les documents des organismes nationaux et étrangers qui s'intéressaient aux regroupements pluri professionnels (ex : Haute Autorité de Santé (HAS), Fédération Française des Maisons et Pôles de santé, etc.).

Enfin, l'investigation s'est terminée par une recherche spécifique avec le nom des instruments d'évaluation trouvés, pour accéder directement aux sites internet des organismes qui les développent et aux documents qui les décrivent. L'analyse des références des documents retenus a permis d'identifier d'autres documents pertinents pour l'étude.

### Sélection des documents

Les articles et documents ont été sélectionnés par deux investigateurs indépendants, d'abord sur le titre, puis le résumé puis sur la lecture des articles et des documents. Les documents inclus devaient évoquer un outil d'évaluation des soins primaires (son développement, sa grille d'évaluation ou son application) ou faire une analyse de plusieurs outils (revue de la littérature, comparaison d'outils). Pour qu'un outil soit retenu pour l'analyse, il devait concerner les professionnels de santé exerçant en soins primaires et travaillant en population générale, ainsi qu'être disponible en anglais ou en français.

Ont été exclus les outils destinés à l'évaluation par les patients, ou spécifiques à une ou plusieurs pathologies (ex : diabète), ou spécifiques à une catégorie de patients (ex : pédiatrie).

### Les données collectées

Pour chaque instrument retenu, ont été recherchées et enregistrées les données suivantes : la date de création de l'outil, le pays et l'organisme de développement, le format de l'outil, le mode d'utilisation, le nombre de questions, la structuration en dimensions et sous-dimensions, les thèmes explorés et le processus de validation de l'outil.

## **Résultats**

### Documents analysés

La recherche sur la base de données Pubmed a permis de récolter 9624 documents (figure 1). La lecture des titres a limité la sélection à 119 documents. Après lecture du résumé, ont été exclus car ils étaient hors sujet. Aux 50 documents retenus s'ajoutaient sites internet et de l'analyse des bibliographies des documents issus de l'exploration de documents.



Cent trois documents ont fait l'objet d'une lecture complète. Parmi ces documents, 38 ont été exclus : 18 rapportaient un outil d'évaluation par les patients, 11 ne décrivaient pas l'outil, 8 évoquaient des outils spécifiques à d'autres modes d'organisations et un ne concernait que la pédiatrie.

Au total, l'analyse a porté sur 65 documents décrivant 16 instruments d'évaluation, dont 12 ont été développés en Amérique du Nord et quatre en Europe, entre 1996 et 2014 (Tableau 1).

### Les catégories d'outils

On pouvait identifier 3 catégories d'outils selon leur objectif et leur mode d'utilisation.

Huit outils étaient des matrices de maturité : United Kingdom-Maturity Matrix (UK-MM) [16]; International Family Practice-Maturity Matrix (IFP-MM) [17, 18] ; Medical Home Index - Adult Primary Care (MHI-APC) [19] ; Patient Centered Medical Home-Assessment (PCMH-A)[6] ; Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) [20]; Clinical Microsystem Assessment Tool (CMAT) [21]; Medical Home Implementation-Quotient (MHI-Q) [22] et Référentiel d'Analyse et de Progression des Regroupements Pluri professionnels de Soins Primaires (RAP-RPSP) [23].

Les matrices avaient un but essentiellement formatif ; elles amenaient les professionnels à construire un auto-diagnostic de l'organisation afin de l'améliorer. Elles étaient structurées en domaines ou dimensions dont les questions correspondaient à des niveaux croissant de développement organisationnel. L'auto-évaluation était d'abord individuelle par tous les membres du groupement, puis les réponses étaient débattues en groupe pour élaborer une réponse unique. Ce travail était soutenu par un intervenant extérieur, ou facilitateur, qui guidait le groupe vers l'obtention d'un consensus et vers l'élaboration d'actions d'amélioration de l'organisation.

Quatre outils étaient sous la forme de questionnaire d'évaluation : European Practice Assessment Instrument (EPA Instrument) [24] ; Quality Book Tool (QBT)[25] ; Primary Care Assessment Tool-Provider Edition (PCAT-PE) [26] et American Academy Family Practice-Patient Centered Medical Home check list (AAFP-PCMH check list) [27].

L'objectif des questionnaires d'évaluation était aussi l'auto diagnostic du développement organisationnel des groupements. Les dimensions explorées étaient constituées par des séries

de questions indépendantes à réponses fermées, binaires ou ordinales, sans notion de niveau croissant. A l'issue de l'évaluation, des processus d'amélioration étaient également entrepris.

Quatre outils étaient des grilles d'accréditation : Utilization Review Accreditation Commission-Patient Centered Health Care Home Program Toolkit (URAC-PCHCH Program Toolkit)[28] ; National Committee for Quality Assurance's tool (NCQA tool) [4, 29]; Accreditation Association for Ambulatory Health Care-Medical Home (AAAHC Medical Home) [30] et Joint Commission's PCMH option self-assessment tool (JC-PCMH-OST) [31].

Les grilles d'accréditation étaient utilisées pour l'évaluation externe des structures dans un but de labellisation, de reconnaissance d'un statut ou d'obtention d'un financement. Elles étaient utilisées par des intervenants extérieurs, ou visitors, qui avaient un rôle de contrôle de la qualité de l'organisation du groupement pluriprofessionnel. Les grilles d'accréditation étaient constituées, comme les questionnaires d'évaluation, de séries de questions à réponses fermées.

### Structure des instruments

Le nombre de questions par outil variait de 25 à 200 avec une médiane à 80. Les questions étaient regroupées en 4 à 16 dimensions avec une médiane à 7.

Les dimensions avaient des dénominations diverses selon les instruments mais pouvaient être classées selon six thématiques : gestion de la structure et de l'équipe, démarche qualité, gestion des données des patients, coopération interprofessionnelle, accessibilité et continuité des soins, et formation (Tableau 2).

- 1) La gestion de la structure et de l'équipe comprenait le recrutement, la pluridisciplinarité, la gestion administrative et la gestion des équipements.
- 2) La démarche qualité comprenait la qualité des soins, les procédures qualité l'évaluation des pratiques, la prise en compte de l'opinion des patients ainsi que l'évaluation de l'utilisation des recommandations. Parmi ces sous dimensions, l'outil UK-MM évoquait ces thèmes 13 fois et comprenait sept sous dimensions sur 11 évaluant la démarche qualité. L'outil ACIC n'en comprenait qu'une.
- 3) La gestion des données des patients était évaluée par tous les outils qui comportaient des questions sur l'information et la communication aux patients, l'informatisation du dossier médical et des prescriptions ainsi que l'accès aux informations.

4) La notion de coopération interprofessionnelle regroupait les idées de pluriprofessionnalité (réunion d'équipe, soins pluridisciplinaires, projets de santé), d'activités de santé publique (promotion de la santé, prévention, dépistage et pathologies chroniques) et de prise en compte du versant social. Le RAP-RPSP comprenait quatre sous dimensions sur le sujet et l'outil PCMH-A en comprenait cinq.

5) L'accessibilité et continuité des soins étaient abordées par des questions sur les infrastructures, l'accessibilité aux soins, la permanence des soins et la prise en charge des urgences. Quatre des 16 outils n'avaient aucune dimension ou question sur ce sujet (CMAT, ACIC, IFP-MM et UK-MM).

6) La formation englobait à la fois la formation continue des professionnels et l'accueil d'étudiants stagiaires. Six outils sur 16 évoquaient cette thématique avec une à quatre dimensions ou sous dimensions par outil.

#### Processus de validation de l'outil

On observait une variabilité dans le niveau de validation des propriétés métrologiques des outils (Tableau 3). La validité de construit était étudiée pour sept instruments, la validité de face pour cinq instruments et la validité de contenu pour deux [18, 19, 22-24, 32-36]. Un seul outil avait les trois critères de validité vérifiés : l'outil PCAT [14]. Pour six outils américains, le processus de validation était inconnu.

#### **Discussion**

Cette revue de la littérature a permis d'analyser 16 outils d'évaluation des soins primaires qui se présentent sous trois formes : matrice de maturité, grille d'accréditation ou questionnaire d'évaluation. Ces outils abordent des concepts similaires que nous avons classés en 6 thématiques : la gestion de la structure et de l'équipe, la démarche qualité, la gestion des données des patients, la coopération interprofessionnelle, l'accessibilité et la continuité des soins, et la formation. Ces concepts peuvent être comparés aux 10 critères de qualité des soins primaires proposés par Crossland et al. [37]. Ces critères sont : une approche centrée patient, le leadership, la motivation et les récompenses de l'équipe, la gouvernance clinique, l'équipe pluriprofessionnelle, la communication, la formation, les processus d'amélioration, les indicateurs de performance, et la gestion de l'information [37]. Les éléments « motivation et récompenses de l'équipe » et « formation » sont peu présents dans les outils d'évaluation, et à

l'inverse le concept d'accessibilité que l'on retrouve dans tous les outils n'est pas cité dans les critères de qualité.

Malouin et al. ont cherché à identifier les outils permettant d'évaluer les groupements des soins primaires selon quatre attributs définis en 1996 par l'Institut de Médecine des USA : l'accessibilité, l'exhaustivité des prises en charge, la coordination et la continuité des soins. [38]. Seul l'outil PCAT répondait à ces critères [14].

Parmi les outils d'évaluation, les matrices de maturité occupent une place particulière de par leur rôle essentiellement pédagogique. L'évaluation est pilotée par un « facilitateur », dont le rôle est de conduire le groupe à un consensus sur le diagnostic de son développement organisationnel et à présenter aux professionnels un retour de l'évaluation comportant des comparaisons avec d'autres groupes. Le concept de facilitateur (practice facilitator) est né en Angleterre dans les années 1980 et a diffusé ensuite aux USA. Les facilitateurs sont des professionnels de santé extérieurs à la structure qui assistent les cliniciens en soins primaires dans le but d'améliorer la qualité des soins [15]. Ils jouent un rôle important dans l'évaluation des structures de soins et dans le processus d'amélioration de l'organisation. Dans une revue des études ayant porté sur l'impact des facilitateurs Nagykaldis et al. montraient qu'ils avaient un effet positif dans les domaines de la prévention, la gestion des maladies chroniques, l'amélioration des relations interprofessionnelles, l'éducation des professionnels et l'amélioration du niveau de fonctionnement de la structure [15]. Parmi les matrices de maturité, la plus élaborée paraît être l'IFP-MM, développée par l'Université de Cardiff, utilisée dans de nombreux pays et traduite en plusieurs langues dont le français [18]. Après avoir publié en 2012 une synthèse sur les matrices de maturité internationales, la Haute Autorité de Santé a développé une matrice de maturité en langue française nommée «Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluri professionnels de soins primaires » (RAP-RPSP) [23, 32].

La plupart des outils américains sont proposés par des organismes nationaux publics ou privés et sont utilisés dans des programmes de reconnaissance des structures de soins primaires en tant que « Patient Centered Medical Home ». Ces « Patient Centered Medical Home » sont des modèles de pratiques pluridisciplinaires développés aux Etats-Unis selon les attributs définis par l'Institut de Médecine [39, 40]. Pour bénéficier de ce statut, les structures de soins doivent répondre à des critères définis par des grilles d'accréditation.

L'accès aux outils est gratuit, mais l'évaluation, réalisée par un tiers, est payante.

La principale faiblesse que nous avons relevée dans l'ensemble des outils étudiés est le caractère subjectif d'une partie des questions posées. Cette subjectivité expose à des biais d'information. Cet inconvénient est minimisé pour les matrices de maturité qui posent les questions à tous les professionnels de la structure puis réclament un consensus du groupe sur les réponses. Ce biais d'information est cependant non maîtrisé pour les autres outils qui sont seulement soumis au responsable de la structure.

L'autre inconvénient est le temps que les professionnels doivent consacrer à l'évaluation. La participation de tous les membres de l'équipe, qui peut être une force dans la fiabilité des réponses, est aussi une faiblesse puisqu'elle nécessite un investissement non négligeable de l'équipe. Les réunions itératives notamment pour renseigner les matrices de maturité, les visites sur site pour les grilles d'accréditation, ou la multiplication des questionnaires (notamment pour les outils PCAT et EPA) ajoutent de la lourdeur à l'évaluation.

Un autre constat, signalé par d'autres auteurs est la faiblesse des processus d'évaluation des propriétés métrologiques des instruments [14, 24, 36, 37, 40]. Un seul outil retenu dans notre étude, le PCAT, a bénéficié d'un processus de validation complet [14, 37]. L'outil MHI pour sa version pédiatrique est aussi validé [19]. Les six outils, dont le processus de validation est inconnu, sont tous des outils américains. Ce défaut peut être expliqué par le fait que les processus de validation sont longs et coûteux à réaliser. Le manque d'information à ce sujet peut également être dû à l'absence de publication.

Il faut enfin signaler qu'un indicateur de mesure du développement organisationnel des soins primaires nommé « The European Primary Care Monitor » (PC Monitor) est en cours de développement et de validation par le Netherlands Institute For Health Service Research (NIVEL), en collaboration avec l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), dans le cadre du projet européen Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU). Cet outil aura pour objectif d'établir des comparaisons et un suivi du développement des soins primaires dans différents pays européens. Il s'intéressera aux soins primaires dans leur globalité et sera composé de neuf dimensions, 41 caractéristiques, 99 indicateurs, et 11 items additionnels [39, 41]. A notre connaissance, la méthode d'utilisation de cet outil n'a pas encore été publiée.

La principale limite de cette revue systématique de la littérature tient dans la sélection des documents. Les articles évoquant les matrices de maturité ainsi que les questionnaires d'évaluation n'ont pas ou peu de mots clés communs. Nous avons délibérément utilisé une

formule de recherche peu restrictive avec un nombre important de termes afin de collecter un panel large d'articles et de ne pas exclure involontairement les articles qui pouvaient aborder des matrices et/ou des questionnaires. Malgré que le premier tri sur le titre des articles ait été réalisé par deux investigateurs indépendants nous ne pouvons pas éliminer un biais de sélection.

Une autre limite tient à la particularité du sujet qui est plus largement abordé dans la littérature professionnelle (peu indexée) et dans les sites internet que dans la littérature scientifique. Cela a pu conduire aussi à un biais de sélection.

Malgré ces réserves, nous avons pu analyser un grand nombre d'outils qui répondent à des objectifs différents mais reposent sur des concepts communs. Nous constatons que les outils disponibles en langue française sont des matrices de maturité. Il serait utile de développer un instrument du type questionnaire d'évaluation qui permette d'évaluer assez simplement le niveau de développement organisationnel des groupements pluriprofessionnels de soins primaires en France.

## Références

1. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique* 2009;21:27-38.
2. Martin-Misener R, McNab J, Sketris IS, Edwards L. Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2004;17:33-45.
3. Chabot J-M, De Hass P. La fin de l'exercice isolé. *Rev Prat Médecine Générale* 2011;25:805-808.
4. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaen CR, Crabtree BF, Flocke SA, et al. Defining and measuring the patient-centered medical home. *J Gen Intern Med* 2010;25:601-12.
5. Kellerman R. The patient centred medical home - a new model of practice in the USA. *Aust Fam Physician* 2009;38:279.
6. Wagner EH, Sandhu N, Coleman K, Phillips KE, Sugarman JR. Improving care coordination in primary care. *Med Care* 2014;52:S33-8.
7. Baicker K, Levy H. Coordination versus competition in health care reform. *N Engl J Med* 2013;369:789-91.
8. Tjerbo T, Kjekshus L. Coordinating health care: lessons from Norway. *Int J Integr Care* 2005;5:e28.
9. Durand G. Les maisons de santé: beaucoup de bruit pour quelque chose. *Prescrire* 2012;32:65-71.
10. République Française. Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française* du 22 juillet 2009.
11. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes.

Santé Publique 2015;27:539-546.

12. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours : une typologie des maisons, pôles et centres de santé participants aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la Santé 2014;201:1-8.

13. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract 2005;22:215-22.

14. Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Engels Y, Van den Hombergh P, et al. Organizational assessment in general practice: a systematic review and implications for quality improvement. J Eval Clin Pract 2005;11:366-78.

15. Nagykaldi Z, Mold JW, Aspy CB. Practice facilitators: a review of the literature. Fam Med 2005;37:581-8.

16. Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. Qual Saf Health Care 2004;13:287-94.

17. Tapp L, Bekkers M-J, Braspenning J, Edwards A, Eriksson T, et al. Developing the International Family Practice Maturity Matrix – an organisational assessment tool for primary care. CARDIFF University. 2009. <http://www.maturitymatrix.co.uk/ifpmm/pdf/1finalifpmmreport.pdf>. accédé le 18/11/2015

18. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. Qual Saf Health Care 2010;19:e48.

19. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Clark RE. The Medical Home Index: development and validation of a new practice-level measure of implementation of the Medical Home model. Ambul Pediatr 2003;3:173-80.



20. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res* 2002;37:791-820.
21. Godfrey M, Nelson G, Batalden P. Clinical Microsystem Action Guide : Improving Health Care by Improving your Microsystem. version 2.1. Dartmouth Medical School. 2004. <http://www.dhcs.ca.gov/423570A1-6E5D-43A3-A72E51D53756FFA0/FinalDownload/DownloadId7E3C99DF61A7F81B15EEC6537697DA02/423570A1-6E5>. Accédé le 18/11/2015
22. Burton RA, Devers KJ, Berenson RA. Patient-Centered Medical Home Recognition Tools: A Comparison of Ten Surveys' Content and Operational Details. Urban Institute. 2012. <http://www.urban.org/research/publication/patient-centered-medical-home-recognition-tools-comparison-ten-surveys-content-and-operational-details>. accédé le 18/11/2015
23. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires : Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. 2014. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires). accédé le 18/11/2015
24. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract* 2006;23:137-47.
25. Levitt C, Hiltz L. Quality book of tools. Toronto: McMaster Innovation Press,; 2010.
26. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50:161-175.
27. American Academy of Family Physicians. Patient-Centered Medical Home Checklist. 2008. [www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice\\_management/pcmh/PCMHChecklist.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/PCMHChecklist.pdf).

accédé le 18/11/2015

28. Utilization Review Accreditation Commission. Utilization Review Accreditation Commission's Patient Centered Health Care Home Program Toolkit. 2011.

<http://www.cga.ct.gov/2011/PHdata/Tmy/2011HB-06305-R000214>

[Justin%20Peters,%20URAC-TMY.PDF](#). accédé le 18/11/2015

29. National Committee for Quality Assurance. Standards and Guidelines for NCQA's Patient-Centered Medical Home (PCMH). 2011.

[http://c.ymcdn.com/sites/www.wacmhc.org/resource/resmgr/NCQA/NCQA\\_PCMH\\_2011\\_Standards\\_and.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.wacmhc.org/resource/resmgr/NCQA/NCQA_PCMH_2011_Standards_and.pdf). accédé le 18/11/2015

30. Accreditation Association for Ambulatory Health Care. AAHC - Medical Home On-Site Certification Handbook. 2011. <http://www.nasbhc.org/atf/cf/%7BB241D183>

[DA6F-443F-9588-3230D027D8DB%7D/AAAHC\\_Medical%20Home%20On](#)

[Site%20Certification%20Handbook.pdf](#). accédé le 19/11/2015

31. The Joint Commission Accreditation Ambulatory Care. Optional Self-Assessment for Primary Care Medical Home (PCMH) Certification for Ambulatory Health Care Centers. 2014. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/AHC\\_PCMH\\_SAT.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/AHC_PCMH_SAT.pdf).

accédé le 19/11/2015

32. Haute Autorité de Santé. Matrices de maturité en soins primaires : note de synthèse. 2012. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013>

[03/matrices\\_de\\_maturite\\_en\\_soins\\_primaires\\_note\\_de\\_synthese.pdf](#). Accédé le

15/03/2014

33. Edwards A, Rhydderch M, Engels Y, Campbell S, Vodopivec-Jamsek V, Marshall M, et al. Assessing organisational development in European primary care using a group based method: a feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* 2010;23:8-21.

34. Daniel DM, Wagner EH, Coleman K, Schaefer JK, Austin BT, Abrams MK, et al. Assessing progress toward becoming a patient-centered medical home: an assessment tool

for practice transformation. *Health Serv Res* 2013;48:1879-97.

35. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch disease management programs. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:49.

36. Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr JJ, Godfrey MM, Headrick LA, et al. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28:472-93.

37. Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Med J Aust* 2014;201:S47-51.

38. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care* 2009;18:44-8.

39. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building Primary Care in a Changing Europe. 2015. <http://dottnet.it/public/content/Documento/cureprimarie.pdf>.  
accédé le 19/11/2015

40. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H. Quality management in primary care: European practice assessment. Gutersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.

41. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010;11:81.

42. Rhydderch M, Elwyn G, Marshall M, Grol R. Organisational change theory and the use of indicators in general practice. *Qual Saf Health Care* 2004;13:213-7.

Tableau 1 : Principales caractéristiques des instruments d'évaluation des regroupements de soins primaire

<b>Intitulé (Acronyme ou sigle) [références]</b>	<b>Catégorie</b>	<b>Origine</b>	<b>Année</b>	<b>Dimensions</b>	<b>Questions</b>
United Kingdom-Maturity Matrix (UK-MM) [16]	Matrice de maturité	Royaume uni	2003	11	88
International Family Practice-Maturity Matrix (IFP-MM) [17, 18]	Matrice de maturité	Royaume uni	2006	7	42
Medical Home Index - Adult Primary Care (MHI-APC) [19]	Matrice de maturité	USA	2008	6	25
Patient Centered Medical Home-Assessment (PCMH-A) [6]	Matrice de maturité	USA	2008	8	37
Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) [20]	Matrice de maturité	USA	2000	6	34
Clinical Microsystem Assessment Tool (CMAT)[21]	Matrice de maturité	USA	2001	10	30
Medical Home Implementation-Quotient (MHI-Q) [22]	Matrice de maturité	USA	2008	9	139
Référentiel d'Analyse et de Progression des Regroupements Pluri professionnels de Soins Primaires (RAP-RPSP)[23]	Matrice de maturité	France	2014	16	80

Tableau 1 (suite)

<b>Intitulé (Acronyme ou sigle) [références]</b>	<b>Catégorie</b>	<b>Origine</b>	<b>Année</b>	<b>Dimensions</b>	<b>Questions</b>
European Practice Assessment Instrument (EPA Instrument)[13]	Questionnaire	Europe (6 pays)	2004	5	200
Quality Book Tool (QBT) [25]	Questionnaire	Canada	2010	8	70
Primary Care Assessment Tool-Provider Edition (PCAT-PE) [26]	Questionnaire	USA	2001	7	153
American Academy Family Practice-Patient Centered Medical Home check list (AAFP-PCMH check list) [27]	Questionnaire	USA	2008	4	42
Utilization Review Accreditation Commission-Patient Centered Health Care Home Program Toolkit (URAC-PCHCH Program Toolkit)[28]	Grille de certification	USA	2011	16	86
National Committee for Quality Assurance's tool (NCQA tool) [4, 29]	Grille de certification	USA	2011	9	166
Accreditation Association for Ambulatory Health Care-Medical Home (AAAHC-Medical Home) [30]	Grille de certification	USA	2009	7	184
Joint Commission's PCMH option self-assessment tool (JC-PCMH-OST) [31]	Grille de certification	USA	2011	5	52

Tableau 2 : Les thématiques abordées par les différents instruments : nombre de dimensions ou domaines qui comportent une ou plusieurs questions sur le thème

Thèmes	Numéros des outils <sup>a</sup>															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>Gestion de la structure et de l'équipe</b>																
Politique de recrutement	1	1		1		1	1	1								1
Pluridisciplinarité	1	2	1	2	1	2	2	2	1		1		1		2	1
Gestion administrative		1				2	1	3			1			1		1
Gestion de l'équipement						1	2	4	2			1				
<b>Démarche qualité</b>																
Procédure qualité	2	3	1	2		1	1	3	2				1	4	1	
Qualité des soins	5	1	1	1		2	1	2	1		1	1	1	3	2	2
Evaluation des pratiques	2	2		1		2		1								1
Utilisation de référentiels	3	1	1	1	1		2	1		1		3	1	1	2	1
Opinion des patients	1	1	1	2		1	1	3	1	1	1		1	5	1	1
<b>Gestion des données des patients</b>																
Information et communication aux patients	1	1	2	3	2	2	1	3	2	3	1	5		3	2	1
Informatisation du dossier médical	1	1	1	1		1	1	2	1	1	1	1	2	3	6	1
Prescription					1		1	1			1	1	2		1	
Accès des informations	1		1			1	1	1	2	1	2			1	2	2

Tableau 2 (suite)

	Numéros des outils <sup>a</sup>															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>Coopération inter professionnelle</b>																
Réunion d'équipe	3	1			1			1				1				1
Soins pluridisciplinaires				3	1	1			1	1	1		1	2	3	1
Projets de santé		1		2	2						1	1	1		1	2
Promotion de la santé	1		2	2	2	1	2		1	1			3	2	2	1
Prévention/dépistage			1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Prise en charge des maladies chroniques			1	1			2		1		1			1	1	1
Prise en charge sociale				2		1	1		1	4	2		1	2	1	3
<b>Accessibilité et continuité des soins</b>																
Infrastructure								1	2	1						
Accessibilité				2			1	2	2	2	1	1	1	3	1	1
Continuité des soins			1	1			1	2		1	1		2	3	2	2
Permanence des soins				1			1		1	1			1	1	1	1
Consultations d'urgence				1			1	1	1	1	1				2	1
<b>Formation</b>																
Accueil des étudiants						1		1								1
Formation continue	2	1		1		3		1								1

## Légende du tableau 2

<sup>a</sup> Numérotation des instruments :

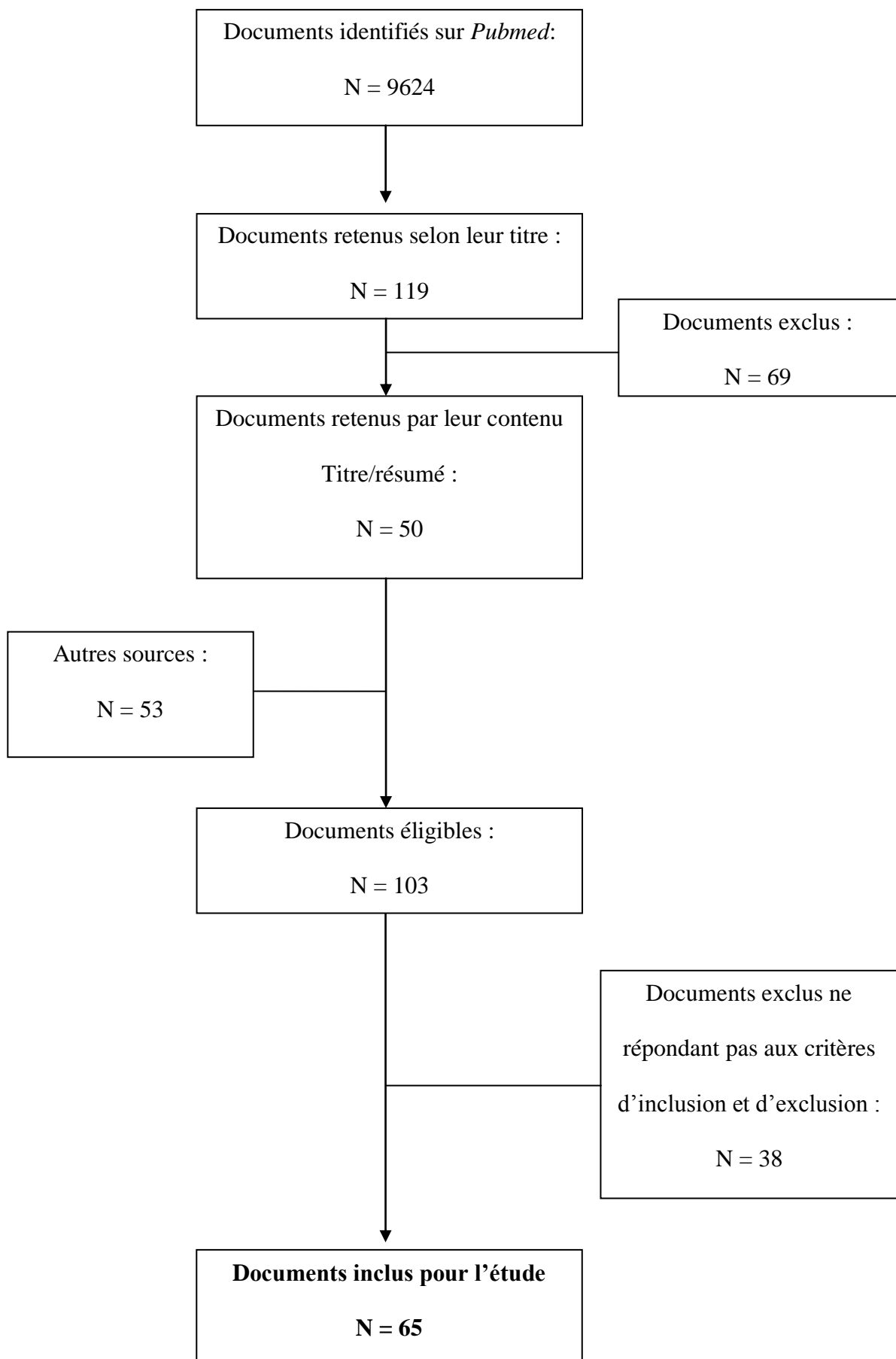
1 = UK-MM ; 2 = IFP-MM ; 3 = MHI-APC ; 4 = PCMH-A ; 5 = ACIC ; 6 = CMAT ; 7 = MHI-Q ; 8 = EPA Instrument ; 9 = QBT ; 10 = PCAT-PE ; 11 = AAFP PCMH Checklist ; 12 = URAC PCHCH Program Toolkit ; 13 = NCQA Tool ; 14 = AAAHC-Medical Home ; 15 = JC-PCMH-OST ; 16 = RAP-RPSA.



Tableau 3 : Processus d'évaluation des propriétés métrologiques des instruments

<b>Instrument [références]</b>	<b>Validité de construit</b>	<b>Validité de contenu</b>	<b>Validité de face</b>
<b>UK-MM</b> [16, 32, 33]	Incomplète	Non démontrée	Oui
<b>IFP-MM</b> [18, 32]	Non démontrée	Oui	Oui
<b>MHI- APC</b> [19, 22, 32]	Oui	Inconnue	Inconnue
<b>PCMH- A</b> [34]	Oui	Inconnue	Oui
<b>ACIC</b> [32, 35]	Oui	Inconnue	Inconnue
<b>CMAT</b> [32, 36, 42]	Oui	Inconnue	Inconnue
<b>MHI-Q</b> [22]	Inconnue	Inconnue	Inconnue
<b>EPA Instrument</b> [13, 24, 40]	Oui	Inconnue	Oui
<b>QBT</b> [25]	Oui	Inconnue	Inconnue
<b>PCAT- Provider Edition</b> [14]	Oui	Oui	Oui
<b>AAFP PCMH Checklist</b>	Inconnue	Inconnue	Inconnue
<b>URAC PCHCH Program Toolkit</b> [22]	Inconnue	Inconnue	Inconnue
<b>NCQA tool</b> [22]	Inconnue	Inconnue	Inconnue
<b>AAAHC- medical home</b> [22]	Inconnue	Inconnue	Inconnue
<b>Joint Commission's PCMH option self-assessment tool</b> [22]	Inconnue	Inconnue	Inconnue
<b>RAP- RPSP</b> [23]	Oui	Inconnue	Inconnue

Figure 1 : Diagramme des flux pour la sélection des documents



**Annexe 2: International Family Practice Maturity Matrix** [www.maturitymatrix.co.uk](http://www.maturitymatrix.co.uk) version 2.0 June 2007

Utilisation de l'information Dimension organisationnelle 1	Utilisation des données du patient Dimension organisationnelle 2	Gestion de l'équipe Dimension organisationnelle 3	Travail en équipe Dimension organisationnelle 4	Ecoute des patients Dimension organisationnelle 5	Amélioration du cabinet Dimension organisationnelle 6	Modes opératoires Dimension organisationnelle 7
Accéder à l'information de référence relative à la meilleure pratique et la partager, en évaluer l'applicabilité et la qualité	Informations concernant le patient recueillies pendant les consultations. Encodage et analyse de ces données.	Processus de recrutement, clarté et définition des rôles, développement et évaluation du personnel.	Communication au sein de l'organisation via les réunions, les minutes et les rapports documentés des actions mises en place.	Opinions et expériences des patients, La gestion des plaintes, réponses prévues lors d'un souci exprimé par le patient et lors d'une erreur.	Amélioration du processus de soin : audits cliniques et organisationnels (cycles d'amélioration de la qualité, cycles "Plan-Do-Study-Act")	Modes opératoires documentés pour les procédures organisationnelles et de soins. Standard Operating Procedure (SOP)
La pratique accède rarement à des informations de références pour soutenir les décisions de soin pour le patient. Aucune initiative n'a été réalisée pour collecter et organiser des références de bonne pratique.	Les informations récoltées lors des consultations ne sont pas encodées dans une base de données permettant une recherche aisée. L'information clinique n'est pas codifiée et ne peut être analysée.	Les procédures de recrutement sont vagues, peu ouvertes à la compétition et peu déterminées par les besoins. Les rôles de chacun sont peu clairs et pas documentés. Pas d'opportunité pour le développement du personnel et les formations. Pas d'évaluation.	Aucune réunion d'équipe n'a lieu au sein de l'organisation. Les procédures de soins pour les patients ne sont pas discutées ni approuvées collégialement.	Les opinions et expériences des patients ne sont pas recueillies par la pratique. Les plaintes sont enregistrées mais peu d'actions sont mises en place pour en éviter la récurrence.	La pratique ne participe pas volontairement à des activités d'amélioration de la qualité pour faire évoluer le niveau des soins prodigués.	Il n'existe aucun document décrivant les procédures (par exemple comment la réceptionniste enregistre les rendez-vous, comment réagir en cas d'urgence, comment conseiller les patients qui demandent un renouvellement médicamenteux). Si quelqu'un s'absente, ses connaissances de l'organisation ne sont pas accessibles aux autres membres de l'équipe.
la pratique accède parfois à des informations de références pour soutenir les décisions de soin pour le patient. Ces références sont rarement partagées avec le reste de l'équipe. Peu d'initiatives sont réalisées pour collecter les données et améliorer les soins au patient.	Les informations récoltées lors des consultations sont encodées de manière peu organisée et non codifiée. Il n'est pas facile de rechercher et d'analyser des données.	Les procédures de recrutement sont claires et planifiées. Les rôles de chacun sont documentés mais rarement mis à jour. Peu d'opportunités de formation et de développement accessibles au personnel. Les procédures d'évaluation du personnel ne sont pas claires.	Des réunions d'équipe ont lieu occasionnellement pour discuter des procédures de soins des patients. Aucune documentation ne reprend le contenu de ces réunions, et les actions personnelles à réaliser pour la réunion suivante ne sont pas clairement définies.	Les opinions et expériences des patients ne sont pas recueillies de manière systématique par la pratique. Les plaintes sont enregistrées mais peu d'actions précises sont mises en place pour en éviter la récurrence. Les plaintes ne sont pas analysées par la pratique.	Quelques personnes de la pratique participent de manière irrégulière à des activités d'amélioration de qualité. Le processus d'amélioration de la qualité ne fait pas partie de la stratégie organisationnelle.	Quelques procédures importantes ont été documentées (par exemple comment sécuriser le bâtiment, ou comment transmettre les informations en cas d'urgence ou de blessures). Si quelqu'un s'absente, ses connaissances de l'organisation ne sont pas accessibles aux autres membres de l'équipe.
La pratique accède régulièrement à des informations de références pour soutenir les décisions de soin pour le patient. Ces références sont régulièrement partagées avec le reste de l'équipe. La qualité et la consultation de ces références ne sont pas évalués.	Les informations récoltées lors des consultations sont encodées mais seules certains aspects des soins sont codifiés de manière systématique. Il est possible de rechercher et d'analyser ces données codifiées, mais cette démarche n'est pas souvent utilisée pour évaluer la qualité des soins donnés au patient.	Les procédures de recrutement sont basées sur les besoins de l'organisation. La définition des rôles de chacun est régulièrement mise à jour. Des opportunités s'offrent pour le développement du personnel. Les évaluations des performances individuelles sont irrégulières.	Des réunions d'équipes ont lieu régulièrement pour discuter des procédures de soins des patients. Les réunions sont informelles, sans opportunité de définir un agenda, de réaliser un procès-verbal de la réunion ou de convenir d'actions pour le futur.	Les opinions des patients sont recueillies par exemple via des questionnaires ou des focus-groupes. Les plaintes sont enregistrées mais peu d'actions précises sont mises en place pour en éviter la récurrence. Les plaintes ne sont pas analysées par la pratique.	La pratique prend part de manière irrégulière à quelques activités d'amélioration de la qualité et les résultats sont analysés.	Certaines procédures clefs ont été documentées, mais la majorité des procédures de l'organisation font simplement partie des connaissances pratiques de l'équipe et ne sont pas formalisées.

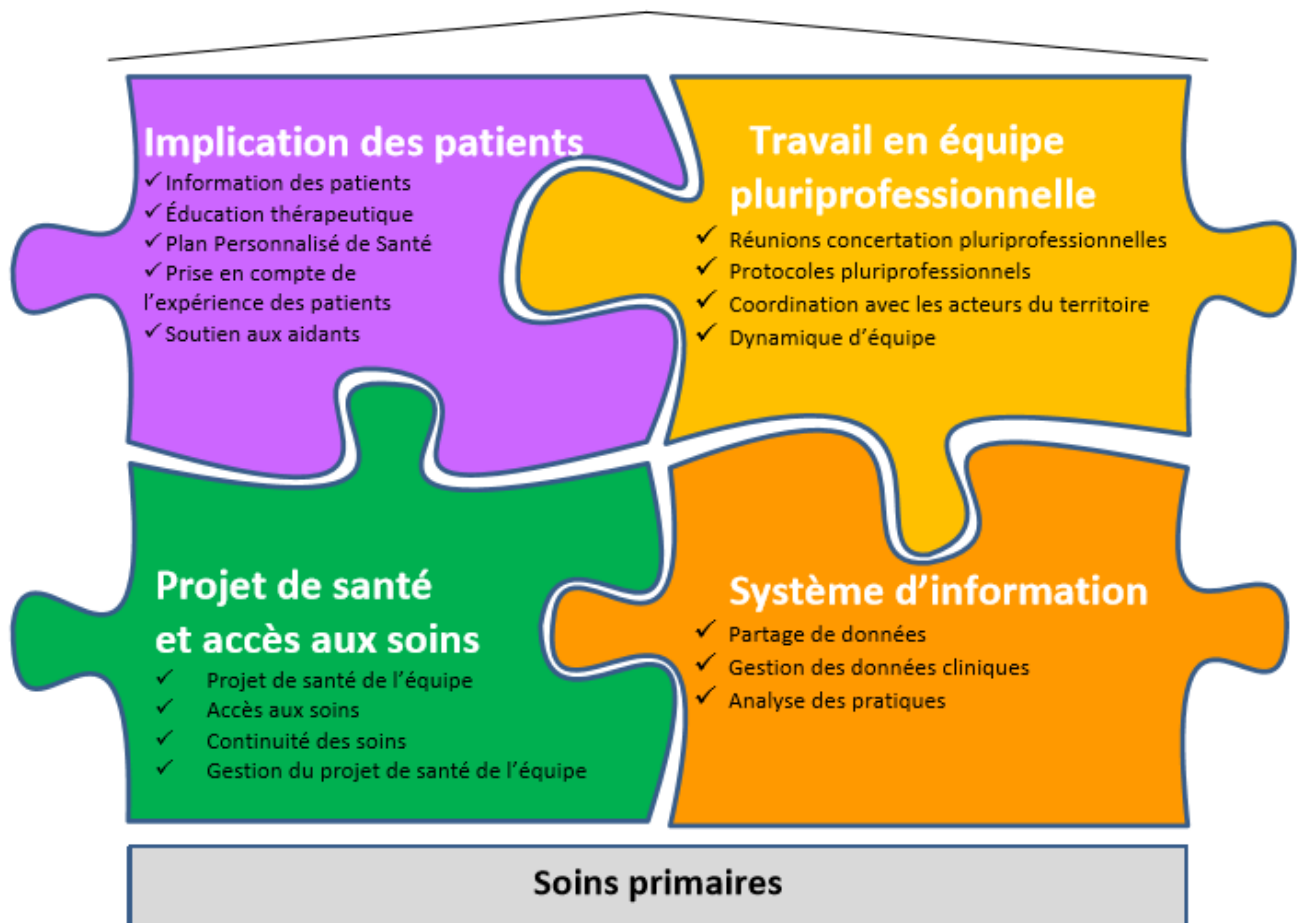
Annexe 2 (suite) : International Family Practice Maturity Matrix [www.maturitymatrix.co.uk](http://www.maturitymatrix.co.uk) version 2.0 June 2007

Utilisation de l'information Dimension organisationnelle 1	Utilisation des données du patient Dimension organisationnelle 2	Gestion de l'équipe Dimension organisationnelle 3	Travail en équipe Dimension organisationnelle 4	Ecoute des patients Dimension organisationnelle 5	Amélioration du cabinet Dimension organisationnelle 6	Modes opératoires Dimension organisationnelle 7
La pratique accède régulièrement à des informations de références pour soutenir les décisions de soin pour le patient. Ces références sont régulièrement partagées avec le reste de l'équipe. La qualité et la consultation de ces références sont évalués occasionnellement.	Les informations récoltées lors des consultations sont encodées et de nombreux aspects des soins sont codifiés de manière systématique. Il est possible de rechercher et d'analyser ces données codifiées, et cette démarche est régulièrement utilisée pour évaluer la qualité des soins donnés au patient.	Les procédures de recrutement sont basées sur les besoins de l'organisation. La définition des rôles de chacun est régulièrement mise à jour et documentée. Des opportunités s'offrent régulièrement pour le développement du personnel. Les évaluations des performances individuelles sont régulières.	Des réunions d'équipes ont lieu régulièrement pour discuter des procédures de soins des patients. Les réunions sont formelles et se basent sur un agenda précis. Un procès-verbal est réalisé et un accord est pris pour des actions futures.	Les opinions des patients sont recueillies par exemple via des questionnaires ou des focus-groupes, et certaines suggestions, qui sont conformes aux vues de la direction, sont prises en compte. Les plaintes sont enregistrées mais peu d'actions précises sont mises en place pour en éviter la récurrence. Les plaintes ne sont pas analysées par la pratique.	La pratique prend part à des activités d'amélioration de la qualité en réponse à des directives émises par des instances extérieures.	De nombreuses procédures clés ont été documentées, mais la majorité des procédures de l'organisation font simplement partie des connaissances pratiques de l'équipe. Une politique de documentation des procédures existe et fournit un modèle de documentation des procédures.
La pratique accède régulièrement à des informations de références pour soutenir les décisions de soin pour le patient. Ces références sont régulièrement partagées avec le reste de l'équipe. La qualité et la consultation de ces références sont évalués occasionnellement.	Les informations récoltées lors des consultations sont encodées et presque tous les aspects des soins sont codifiés de manière systématique. Il est possible de rechercher et d'analyser ces données codifiées, et cette démarche est fréquemment utilisée pour évaluer la qualité des soins donnés au patient.	Les procédures de recrutement sont basées sur les besoins de l'organisation. La définition des rôles de chacun est régulièrement mise à jour et documentée. Le personnel est encouragé à suivre des formations et à se développer. Les évaluations des performances individuelles sont régulières et un feedback personnalisé permet à la personne évaluée d'envisager des améliorations.	Des réunions d'équipes ont lieu régulièrement pour discuter des procédures de soins des patients. Les réunions sont formelles et se basent sur un agenda précis. Un procès-verbal est réalisé et un accord est pris pour des actions futures. Les sujets discutés en réunion sont principalement réactifs et non stratégiques.	Les opinions des patients sont recueillies par exemple via des questionnaires ou des focus-groupes, et servent de base à des adaptations régulières de la part de la pratique. Les plaintes sont analysées par la pratique afin de mettre en place des moyens d'en éviter les récurrences.	La pratique participe à des activités d'amélioration de la qualité. Les résultats des cycles d'amélioration de la qualité sont analysés de manière régulière et font partie intégrante du planning stratégique de la pratique.	La plupart des procédures ont été documentées. Une politique de documentation des procédures est mise en place et fournit un modèle de documentation des procédures indiquant également quand les mises à jour sont nécessaires.
La pratique accède régulièrement à des informations de références pour soutenir les décisions de soin pour le patient. Ces références sont régulièrement partagées avec le reste de l'équipe. La qualité et la consultation de ces références sont évalués régulièrement et les guidelines sont alors mises à jour.	Les informations récoltées lors des consultations sont encodées et tous les aspects des soins sont codifiés. Les informations ainsi codifiées sont consultées et analysées de façon routinière par l'ensemble de l'équipe pour évaluer la qualité des soins prodigués. Des rapports sont établis et discutés afin d'améliorer le niveau de qualité des soins au patient.	Les procédures de recrutement sont transparentes et basées sur les besoins de l'organisation. La définition des rôles de chacun est régulièrement mise à jour et documentée. Le personnel participe à des formations aussi bien au niveau individuel qu'organisationnel. Les évaluations des performances individuelles sont régulières et un feedback personnalisé permet à la personne évaluée d'envisager de nouveaux développements aussi bien au niveau personnel qu'organisationnel.	Des réunions d'équipe ont lieu régulièrement pour discuter des procédures de soins des patients. Les procès-verbaux sont formels et se basent sur un agenda précis. Un rapport est réalisé et un accord est pris pour des actions futures. Les sujets discutés en réunion sont à la fois réactifs et stratégiques.	Les opinions des patients sont recueillies par exemple via des questionnaires ou des focus-groupes et servent de base à des adaptations régulières de la part de la pratique. Les patients sont impliqués dans le développement de la pratique, par exemple via des groupes de patients. Les plaintes des patients sont analysées au niveau organisationnel afin d'en prévenir les récurrences.	La pratique participe à des activités d'amélioration de la qualité. Les résultats des cycles d'amélioration de la qualité sont analysés de manière régulière et font partie intégrante du planning stratégique de l'organisation. Les résultats des cycles d'amélioration de la qualité (audits) sont publiés et disponibles pour les patients.	Toutes les procédures organisationnelles importantes ont été documentées. Une politique de documentation des procédures est mise en place et fournit un modèle de documentation des procédures. Une méthode systématique de mise à jour des procédures est appliquée lors de chaque modification organisationnelle.

### Annexe 3 : Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluri professionnels de soins primaires



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



## TRAVAIL EN EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE



### ➤ Réunion de concertation pluriprofessionnelle

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

### ➤ Protocoles pluriprofessionnels

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

### ➤ Coordination avec autres acteurs du territoire

- Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.
- Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire (professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui...) sont 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.

### ➤ Dynamique d'équipe

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

## SYSTEME D'INFORMATION



### ➤ Partage de données

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

### ➤ Gestion des données

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

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

### ➤ Analyse des pratiques

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



## PROJET DE SANTE ET ACCES AUX SOINS



### ➤ **Projet de santé de l'équipe**

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

### ➤ **Accès aux soins**

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

### ➤ **Continuité des soins**

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

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

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

## IMPLICATION DES PATIENTS



### ➤ **Information des patients**

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

### ➤ **Éducation thérapeutique (ETP)**

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

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

- Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe.
- Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.

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

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

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

### ➤ **Soutien aux aidants**

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

## Annexe 4 : Lettre explicative de la procédure Delphi

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'élaboration d'un instrument de mesure du développement organisationnel des regroupements pluri professionnels en soins primaires.

Ce travail fait partie d'un projet de recherche soumis à l'appel d'offre annuel du ministère de la santé. Les responsables du projet sont le Dr Olivier Marchand, Maître de conférences associé du Département de Médecine Générale de Grenoble et le Pr Patrice François, Pôle de Santé Publique du CHU de Grenoble. Ce travail fait l'objet d'une thèse de médecine qui sera soutenue par Christelle Cardaci et Cyril Lopez Ruiz.

L'objectif du projet est d'élaborer puis de valider un score de développement organisationnel des regroupements. Il s'agit de mesurer les dispositions mise en place dans les regroupements pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, la coopération interprofessionnelle et l'accessibilité des soins. Ce score sera testé dans les maisons, centres et pôles de santé de la région Rhône-Alpes et comparé à une « matrice de maturité » développée en Angleterre.

Nous avons réalisé une revue de toutes les matrices de maturité et des instruments d'évaluation des groupements de soins primaires décrits dans la littérature. Nous avons colligé, trié et regroupé par catégories toutes les « questions » ou items qui constituent ces instruments. Après élimination des redondances nous avons retenu **62 items** qui pourraient potentiellement être intégrés dans un score.

L'étape suivante consiste à valider ou rejeter chacun de ces items en utilisant l'avis d'un panel d'experts dont vous faites partie. Les avis seront sollicités et traités selon la méthode Delphi qui vise à obtenir un consensus des experts après plusieurs itérations de réponse individuelle et anonyme à un questionnaire soumis par voie électronique.

Vous trouverez en annexe la procédure d'expertise selon la méthode Delphi. Vous trouverez ci-joint une version papier du questionnaire qui doit vous permettre de préparer vos réponses.

Vous allez recevoir par mail un lien permettant de remplir le questionnaire en ligne. Nous souhaitons recevoir votre réponse dans un délai de 3 semaines.

En vous remerciant encore d'avoir accepté de participer à ce projet.

Très cordialement

Dr Olivier Marchand



Pr Patrice François

Pour toute information ou question vous pouvez contacter :

Christelle CARDACI : [cardaci.christelle@gmail.com](mailto:cardaci.christelle@gmail.com)

Cyril LOPEZ RUIZ : [cyril.lopez.ruiz@gmail.com](mailto:cyril.lopez.ruiz@gmail.com)



## **Procédure d'expertise selon la méthode Delphi**

### **Rôle des experts**

L'expert doit coter son avis sur chaque item proposé selon une échelle de 1 = « désaccord complet » à 9 = « accord complet »). Nous demandons à l'expert de tenir compte de deux caractéristiques de l'item :

- L'item est-il pertinent en termes de qualité des soins, coopération interprofessionnelle, accessibilité des soins ?
- L'item repose-t-il sur des éléments objectifs ? Ou, en d'autres termes est ce qu'il est observable et vérifiable ?
- Pour un petit nombre d'item, nous proposons deux formulations possibles, ce sont les questions « bis ». Dans ces cas précis, nous vous demandons de nous indiquer quelle formulation est la plus pertinente. Par contre, si aucune des deux n'est pertinente pour vous pouvez bien sûr en choisir aucune.

### **Première itération d'expertise**

Chaque expert reçoit un questionnaire en ligne constitué des items à évaluer et donne son avis pour chaque item par une note de 1 à 9 et renseigne autant que possible la zone de commentaire associé à l'item. Dans cette zone l'expert :

- Peut argumenter son avis (indispensable pour les notes inférieures à 7)
- Peut suggérer une autre formulation de l'item.

En fin de questionnaire l'expert peut suggérer d'autres items qui lui paraissent pertinents.

La 1<sup>ère</sup> lecture de l'itération dure environ 1 heure. Nous vous conseillons de prendre un temps réservé à la réponse du questionnaire car le questionnaire ne doit se faire qu'en une seule fois.

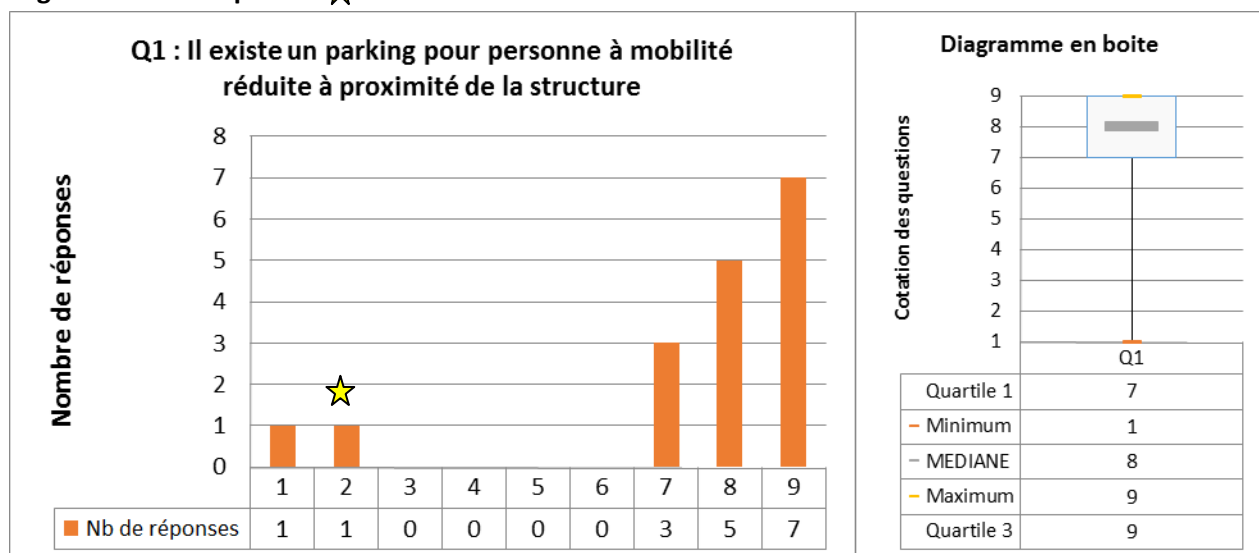
### **A chaque itération suivante**

Chaque expert reçoit, les résultats du groupe (en pratique médiane et cotations minimale et maximale) ainsi que sa propre réponse, ce qui lui permet de se positionner par rapport au reste du groupe. Il peut alors réviser sa cotation (technique du « retour d'information », « rétroaction contrôlée » ou *feedback*).

En général, il se déroule 3 itérations afin d'établir un consensus d'experts. Nous supprimerons petit à petit les items qui auront obtenu consensus.

## Annexe 5 : Extrait des réponses d'un participant à la 1<sup>ère</sup> itération de la procédure Delphi

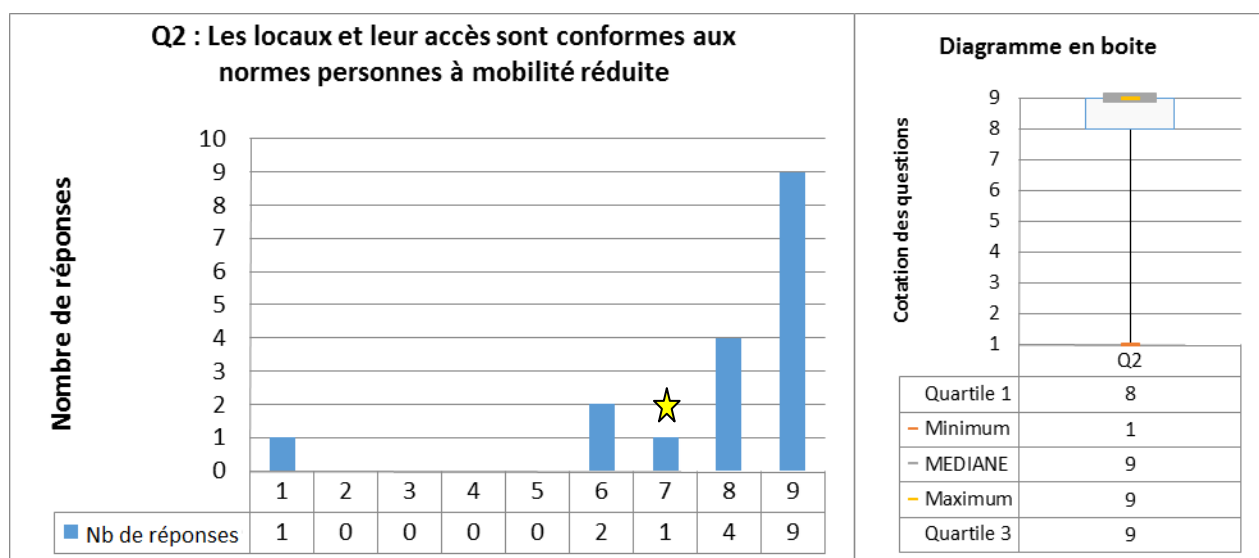
Légende : Votre réponse ★



### Commentaire Q 1 :

« Critère trop éloigné de l'organisation de la structure »  
 « A moduler en fonction des accès possibles en Transports en commun »

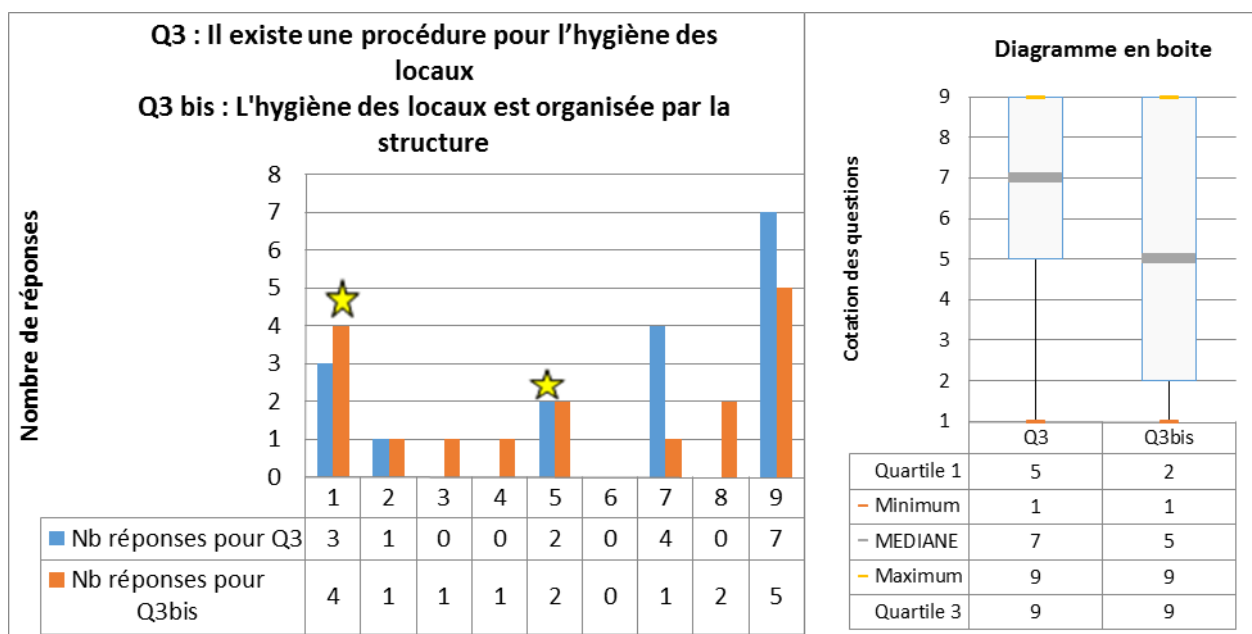
**Score personnel : 2**



### Commentaire Q2 :

« Nous savons combien il est difficile, pour les établissements existants, d'atteindre ce niveau de conformité. Un déménagement doit parfois être envisagé. »  
 « Pertinent mais difficile à objectiver. Les normes sont nombreuses et évolutives. Il faudrait un expert indépendant, le payer...  
 Autre remarque : la mobilité n'est pas le seul handicap nécessitant un travail sur l'accessibilité. Il y a aussi les handicap sensorielle (boucle magnétique pour les malentendants, indication en couleur en gros caractère pour les malvoyants, etc.) Il faudrait adapter l'item pour les inclure »  
 « Pas tout à fait corrélé à la qualité des soins ou à la sécurité au fond... »

**Score personnel : 7**



**Commentaire Q3 et Q3bis :**

« La structure doit pouvoir fournir non seulement le fait que l'hygiène est appliquée mais aussi selon quelle procédure »

« Intérêt secondaire 3bis trop vague »

« Parce qu'il fallait faire un choix...Les 2 formulations me vont »

« Q3 plus pertinente »

« Organisée par la structure : on peut décider de faire le ménage à tour de rôle ; on peut avoir une entreprise ou une femme de ménage sans leur donner de consignes ; on peut établir des procédures précises pour le ménage, quel produit, quand et comment. Aucune des questions ne me semble bien rédigée, je ne comprends pas ce que vous cherchez comme indication »

« Pertinent mais n'importe quelle procédure n'irait pas. Elle doit respecter les recommandations en la matière (sur ce cas : reco HAS-SFTG de 2007). Proposition d'intitulé : "Il existe une procédure pour l'hygiène des locaux, conforme aux recommandations et la réglementation en vigueur". On pourrait même être jusque boutiste : "Il existe une procédure pour l'hygiène des locaux, conforme aux recommandations et la réglementation en vigueur, validée par un hygiéniste". »

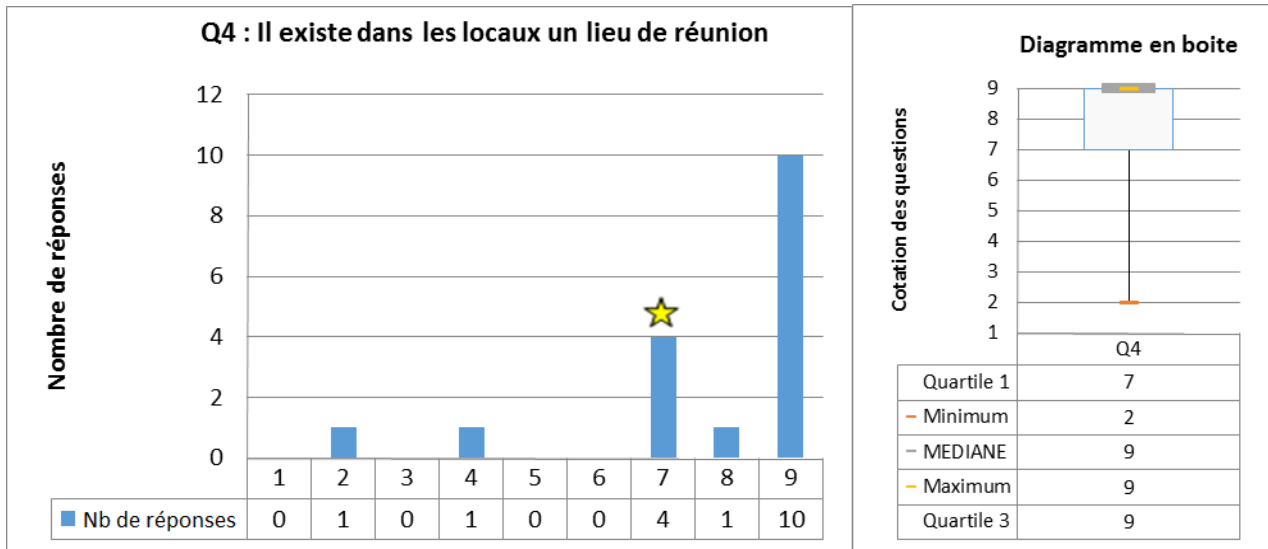
« Propositions : "les locaux sont nettoyés selon un protocole écrit" "L'hygiène des locaux est assurée selon un protocole écrit" »

« Choix Q3 »

« La question Q3bis n'est pas assez précise. »

« Le côté procédure apparaît assez brut de première abord, mais reste le plus "objectif" »

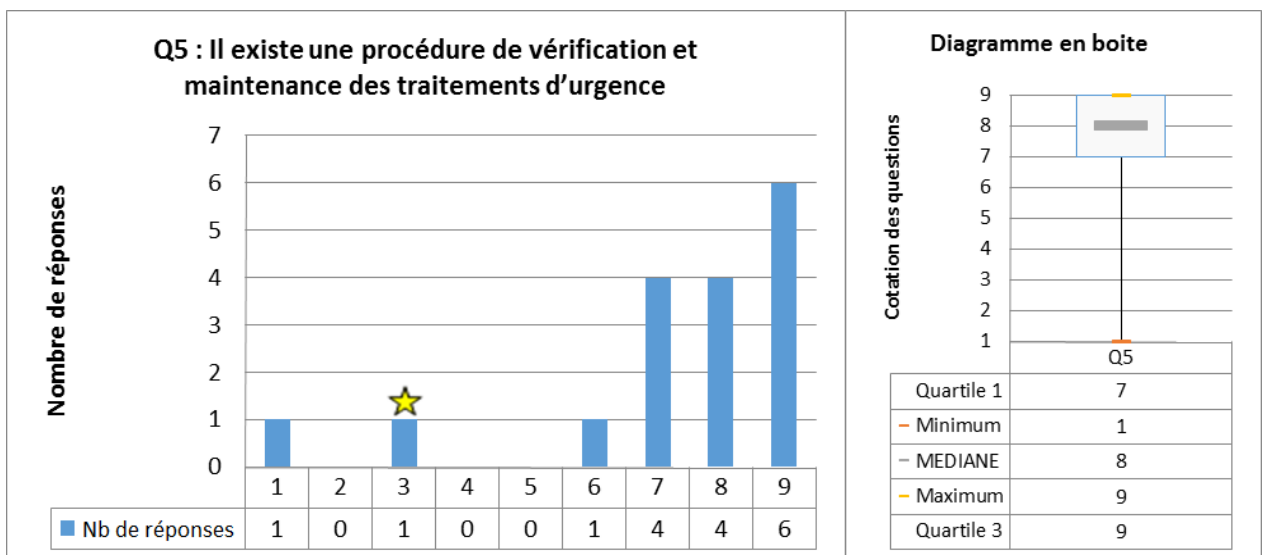
**Score personnel Q3 : 5 et Q3bis : 1**



**Commentaire Q4 :**

- « Un lieu de réunion est accessible à l'équipe. Mutualisation avec des autres structures de proximité »
- « Indispensable pour traiter les problèmes organisationnels, discuter des dossiers complexes, organiser des réunions de pairs »
- « Cela risque de pénaliser la structure qui n'a pas de surface de local suffisante alors qu'il est toujours possible de contourner ce manque : salle d'attente par ex si le centre est fermé ou bureau de celui qui fait la réunion... »
- « "Les locaux contiennent une salle de réunion pour les soignants" »
- « Utile pour les réunions pluri professionnelles (RCP, élaboration protocoles, étude de cas complexes...) »
- « On peut rajouter "disponible pour tous les professionnels intervenant avec un planning géré en commun" »

**Score personnel Q4 : 7**



**Commentaire Q5 :**

- « Quels traitements doivent absolument être "à jour" ? »
- « Comme pour l'hygiène, il faudrait que l'intitulé inclut le respect de la réglementation/reco (pas grand chose sur les ttt d'urgence) »

**Score personnel Q5 : 3**

## Annexe 6 : Questionnaire prototype

### QUESTIONNAIRE DESCRIPTIF - VOTRE STRUCTURE DE SANTE

CARACTERISTIQUES DU REpondANT	
	<b>Remplissez les champs ci-dessous :</b>
Votre nom :	
Votre âge :	
Votre sexe :	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Votre profession :	
Votre ancienneté dans la structure (ans) :	

INFORMATIONS RELATIVE A VOTRE STRUCTURE DE SANTE	
	<b>Remplissez les champs ci-dessous :</b>
Nom de votre structure :	
Adresse de votre structure :	
Numéro de téléphone de votre structure :	
Année de création de votre structure :	
Nom du référent de la structure :	

CARACTERISTIQUES DE VOTRE STRUCTURE DE SANTE			
<b>1. Votre structure est :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
- Un centre de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une maison de santé pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un pôle de santé pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2. Votre structure est située en zonage pluri professionnel (ZPP) défini par l'ARS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
- ZPP fragile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ZPP de vigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- IRIS fragile (Ilots Regroupés de l'Information Statistique définis par l'INSEE pour les agglomérations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ZPP non déficitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## COMPOSITION DE VOTRE STRUCTURE DE SANTE

	Indiquez un chiffre
Nombre total de professionnels exerçant dans votre structure :	
Nombre de Médecins généralistes :	
Autres Médecins spécialistes :	
Nombre de Chirurgiens-dentistes :	
Nombre de Masseur-kinésithérapeutes :	
Nombre de Secrétaires :	
Nombre d'Infirmiers diplômé d'état :	
Autres professions (indiquer la profession et le nombre) :	

## ORGANISATION DE LA STRUCTURE

### 1. Quelles sont les horaires de l'accueil téléphonique en semaine ?

	Horaires d'accueil téléphonique
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	
Jours fériés	

### 2. Quelles sont les horaires d'ouverture de la structure en semaine ?

	Horaires d'ouverture de la structure
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	
Jours fériés	

**QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DU DEVELOPPEMENT  
ORGANISATIONNEL DES STRUCTURES MULTI PROFESSIONNELLES DE  
SOINS PRIMAIRES**

Deux types de réponses :

Fermées : OUI / NON / NSP (Ne Se Prononce pas) / Ouvertes : Chiffre à donner

<b>DIMENSION 1 : GESTION DE LA STRUCTURE ET DE L’EQUIPE</b>
---

<b>a) <u>Organisation de la structure</u></b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
1. Il existe un secrétariat partagé pour tous les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il existe une charte de fonctionnement ou règlement intérieur approuvé par tous les professionnels du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il existe un recueil des procédures administratives et organisationnelles accessibles à tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il existe un document de présentation de la structure et de son fonctionnement disponible pour les patients (Livret d’accueil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Un responsable de la gestion de la structure est désigné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il existe des réunions d’équipe pour la gestion de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si oui, combien par an ?			
7. Les réunions des professionnels font l’objet d’un compte-rendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>b) <u>Equipements de la structure</u></b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
8. La structure dispose d’un réfrigérateur spécifique aux produits de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La structure dispose d’un électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La structure dispose d’un défibrillateur semi-automatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La structure dispose d’un spiromètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIMENSION 2 : QUALITE ET SECURITE DES SOINS**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
12. Il existe une procédure pour l'hygiène des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il existe une procédure de vérification et maintenance des traitements d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il existe une procédure pour l'élimination des objets coupants et des déchets médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il existe un dispositif d'écoute des usagers (collecte des plaintes, enquête de satisfaction, comités d'utilisateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Il existe un dispositif de recueil des incidents (effets indésirables, problèmes des prises en charge, difficultés rencontrés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La(les) secrétaire(s) est (sont) formée(s) pour reconnaître les urgences médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées dans la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Des protocoles de soin discutés et approuvés collégialement sont utilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Il existe des supports d'information pour les patients sur certaines pathologies/problèmes de santé qui peuvent être remis lors des consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Des documents d'information aux patients sont présents en salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIMENSION 3 : GESTION DES DONNEES DES PATIENTS**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
22. Il existe un dossier patient informatisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Le dossier patient informatisé est pluri professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Le consentement du patient est demandé pour le recueil et le partage des informations le concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les données des patients sont accessibles en cas de besoin à l'ensemble des professionnels de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Une sauvegarde régulière des informations est organisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Les professionnels utilisent une messagerie sécurisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. L'accès aux données des patients est sécurisé (identifiants et mots de passe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



29. Les principales données du patient sont standardisées pour permettre des recherches multicritères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### DIMENSION 4 : COOPERATION INTER PROFESSIONNELLE

	OUI	NON	NSP
30. Pour les patients complexes avec pathologies chroniques, il existe une élaboration pluri professionnelle d'un projet personnalisé de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Le projet personnalisé de soins est accessible au patient et à tous les intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. La structure organise des programmes d'éducation thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Il existe au sein de la structure des programmes de prévention : éducation à la santé, dépistage...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Il existe des consultations conjointes avec au moins 2 professionnels de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. La structure met en place des partenariats avec des acteurs sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Il existe dans les locaux un lieu de réunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Il existe des réunions de concertation de l'équipe sur des dossiers de patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, combien par an ?</li> </ul>			

#### DIMENSION 5 : ACCESSIBILITE ET CONTINUTE DES SOINS

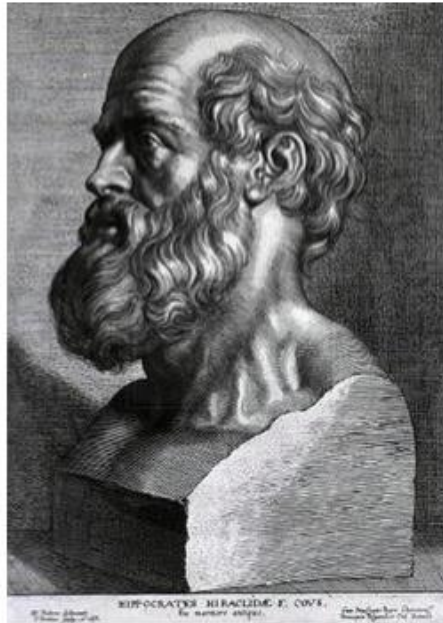
a) <u>Accessibilité des soins</u>	OUI	NON	NSP
38. Il existe un parking pour personne à mobilité réduite à proximité de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Les locaux et leur accès sont conformes aux normes personnes à mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. La structure est ouverte le samedi matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Le planning des professionnels réserve des plages pour les demandes de soins non programmés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. La structure facilite la réalisation du tiers payant sur la part obligatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Les patients peuvent trouver dans la structure une aide aux démarches administratives pour l'accès aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>b) <u>Continuité des soins</u></b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
44. Il existe une procédure en cas d'absence des professionnels pour assurer la continuité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Les professionnels réalisent des visites à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Les médecins de la structure participent à la permanence des soins ambulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DIMENSION 6 : FORMATION</b>
--------------------------------

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
47. Les professionnels de la structure ont accès aux recommandations de pratique clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Les professionnels de la structure ont accès à une documentation professionnelle électronique ou papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Il existe des réunions d'échanges et de discussions sur des questions scientifiques et professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. La structure élabore un plan de formation continu pour les professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Il existe des séances de formation continue au sein de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. La structure est un terrain de stage pour les étudiants en formation initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. La structure participe à des projets de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SERMENT D'HIPPOCRATE



*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*