



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Matrices de maturité en soins primaires

Note de synthèse

**Date de validation par le collège : décembre 2012**

Cette note de synthèse est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de Santé**

Service documentation – information des publics  
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Contexte et objectifs</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>2. Etat des lieux des matrices de maturité</b> .....   | <b>5</b>  |
| 2.1 Définition.....   | 5         |
| 2.2 Modalités d'élaboration.....  | 6         |
| 2.3 Modalités de validation .....   | 6         |
| 2.4 Apport de la méthode générique d'évaluation de l'efficacité d'un système de qualité : norme AFNOR FD X 50-174 (3) .....       | 7         |
| 2.5 Modèles d'organisation des soins sous-jacents.....  | 7         |
| 2.6 Analyse des matrices existantes.....  | 9         |
| 2.7 Éléments de preuve et limites actuelles.....  | 11        |
| 2.8 Différences entre les matrices de maturité et les grilles d'analyse utilisées pour l'accréditation.....                       | 11        |
| <b>3. Méthode d'élaboration d'une matrice de maturité adaptée au modèle des maisons, pôles et centres de santé français</b> ..... | <b>13</b> |
| 3.1 1 <sup>re</sup> étape : définir les dimensions et leurs sous-dimensions envisageables.....                                    | 13        |
| 3.2 2 <sup>e</sup> étape : définir les éléments de caractérisation des dimensions et sous-dimensions.....                         | 13        |
| 3.3 3 <sup>e</sup> étape : élaboration du prototype de la matrice .....   | 13        |
| 3.4 4 <sup>e</sup> étape : test de faisabilité et d'acceptabilité auprès d'équipes de terrain.....                                | 14        |
| 3.5 5 <sup>e</sup> étape : définition des modalités de passation.....   | 14        |
| <b>4. Résultats de l'analyse de la littérature scientifique et des matrices existantes (étape n° 1)</b> .....                     | <b>15</b> |
| <b>5. Conclusion</b> .....  | <b>30</b> |
| Références.....   | 31        |
| Annexe 1. Caractéristiques des matrices de maturité sélectionnées .....   | 34        |
| Annexe 2. Méthode d'ingénierie AFNOR.....   | 35        |
| Annexe 3. Méthode de recherche bibliographique .....  | 36        |
| Annexe 4. Comparaison entre matrices et instruments d'accréditation .....   | 37        |
| Annexe 5. Instruments d'évaluation des équipes en soins primaires, non retenus pour l'analyse des matrices 39                     |           |
| Annexe 6. Fiches Repères en lien avec les dimensions et sous-dimensions identifiées.....  | 41        |
| Participants .....  | 43        |
| Remerciements.....  | 44        |
| Fiche descriptive .....   | 45        |

# 1. Contexte et objectifs

Les maisons, pôles et centres de santé se développent en France autour de la notion d'équipe de soins de premier recours, notamment depuis ces 5 dernières années. Dans ce cadre, les réseaux de santé se repositionnent comme appui à ces initiatives (1). L'enjeu est de créer les conditions favorables, sur un territoire de santé, pour assurer aux patients une prise en charge coordonnée, globale, continue et conforme aux données de la science. Toutefois, la structuration de ces initiatives est encore hétérogène comme l'illustrent les expérimentations dites « article 70 » dont la HAS est responsable de l'évaluation. Elle se heurte en effet à plusieurs difficultés : le manque de temps et d'expertise des promoteurs, l'absence de cahier des charges opérationnel... Pour y faire face, les ARS et les professionnels, à travers les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) ou encore l'Union Nationale des Réseaux de santé (UNR.santé), multiplient les démarches d'accompagnement et d'analyse sur le terrain. Dans ce cadre, certains d'entre eux développent des supports, notamment des matrices de maturité (FFMPS, URPS).

À leur demande et à celle du ministère de la Santé, la HAS envisage d'élaborer plusieurs supports validés :

- un tableau de bord de suivi des interventions envisagées dans le cadre de réseaux de santé à partir du travail réalisé pour l'évaluation des expérimentations « article 70 » ;
- une matrice de maturité ;
- des indicateurs de pratique clinique.

La présente note de travail a vocation à servir de base à l'élaboration d'une matrice de maturité. Elle propose pour cela :

- un état des lieux des matrices de maturité relatives aux regroupements pluridisciplinaires en soins primaires ;
- une méthode d'élaboration ;
- des données de cadrage (dimensions et éléments de caractérisation des niveaux de progrès) issues d'une analyse de la littérature et des matrices de maturité existantes.

## 2. Etat des lieux des matrices de maturité

### 2.1 Définition

Une matrice de maturité (MM) est une grille d'analyse des organisations de soins composée de :

- dimensions (et sous-dimensions). Il s'agit de composantes de l'organisation retenues en raison de leur impact sur la qualité des soins ou leur importance accordée par les acteurs concernés (professionnels, experts, régulateurs...). Elles traduisent la capacité *a priori* des organisations à délivrer des soins de qualité ;
- niveaux de progrès pour chacune des dimensions retenues. Ils correspondent à des niveaux croissants de structuration/de performance des dimensions et sont le plus souvent entre 3 et 9 ([annexe 1](#)).

Exemple d'une dimension avec ses sous-dimensions et niveaux de maturité, extraite de la matrice ACIC\*

Part 3c: **Delivery System Design**. Evidence suggests that effective chronic illness management involves more than simply adding additional interventions to a current system focused on acute care. It may necessitate changes to the organization of practice that impact provision of care.

| Components                              | Level D  | Level C  | Level B   | Level A  |
|---|--|--|---|--|
| Practice Team Functioning               | ...is not addressed.   | ...is addressed by assuring the availability of individuals with appropriate training in key elements of chronic illness care. | ...is assured by regular team meetings to address guidelines, roles and accountability, and problems in chronic illness care. | ...is assured by teams who meet regularly and have clearly defined roles including patient self-management education, proactive follow-up, and resource coordination and other skills in chronic illness care. |
| Score                                   | 0 1 2  | 3 4 5  | 6 7 8   | 9 10 11  |
| Practice Team Leadership                | ...is not recognized locally or by the system.                                 | ...is assumed by the organization to reside in specific organizational roles.  | ...is assured by the appointment of a team leader but the role in chronic illness is not defined.                             | ...is guaranteed by the appointment of a team leader who assures that roles and responsibilities for chronic illness care are clearly defined.   |
| Score                                   | 0 1 2  | 3 4 5  | 6 7 8   | 9 10 11  |
| Appointment System                      | ...can be used to schedule acute care visits, follow-up and preventive visits. | ...assures scheduled follow-up with chronically ill patients.  | ...are flexible and can accommodate innovations such as customized visit length or group visits.                              | ...includes organization of care that facilitates the patient seeing multiple providers in a single visit.   |
| Score                                   | 0 1 2  | 3 4 5  | 6 7 8   | 9 10 11  |
| Follow-up                               | ...is scheduled by patients or providers in an ad hoc fashion.                 | ...is scheduled by the practice in accordance with guidelines.   | ...is assured by the practice team by monitoring patient utilization.   | ...is customized to patient needs, varies in intensity and methodology (phone, in person, email) and assures guideline follow-up.  |
| Score                                   | 0 1 2  | 3 4 5  | 6 7 8   | 9 10 11  |
| Planned Visits for Chronic Illness Care | ...are not used.   | ...are occasionally used for complicated patients.   | ...are an option for interested patients.   | ...are used for all patients and include regular assessment, preventive interventions, and   |

1 : dimension

2 : sous-dimensions

3 : niveaux de maturité

\* *Assessment of Chronic Illness Care*

Ainsi, une matrice de maturité permet l'auto-évaluation du niveau de développement organisationnel atteint par une équipe pluriprofessionnelle et, sur cette base, la mise en place d'actions d'amélioration dont les objectifs correspondent aux niveaux suivants de ceux atteints.

Dans l'esprit de la première MM anglaise, l'UK-MM, l'évaluation est le plus souvent guidée par un « facilitateur » externe au groupe et se déroule en deux temps (2) :

- l'auto-évaluation individuelle par chacun des acteurs de l'organisation ;
- l'échange entre les participants pour la recherche d'un consensus sur le niveau de développement global atteint pour chaque dimension évaluée.

## 2.2 Modalités d'élaboration

Même si la littérature est assez pauvre sur cette question, la méthode d'élaboration des matrices de maturité repose sur les modalités suivantes :

- analyse de la littérature scientifique relative à l'organisation des soins analysés ;
- prise en compte des modèles d'organisation des soins théoriques ;
- consensus d'experts et d'acteurs (professionnels, régulateurs...).

Elles débouchent sur l'identification des dimensions pertinentes puis des différents niveaux de progrès pour chacune d'entre elles.

Les matrices ainsi constituées sont ensuite évaluées.

## 2.3 Modalités de validation

Afin de valider un instrument de mesure subjective du niveau de développement organisationnel d'une équipe de soins, il est nécessaire que l'instrument réponde, en fonction de son objectif, à un ou plusieurs des critères suivants.

### 2.3.1 Validité

- Validité de construit (ou conceptuelle ou théorique) : vise à établir jusqu'à quel point la matrice fournit une mesure adéquate du construit théorique (du concept) qu'on prétend qu'elle mesure. L'instrument mesure bien ce qu'il prétend mesurer.

=> Méthode (groupe d'experts) : recherche bibliographique, discussion, consensus, Delphi, test comparatif de l'instrument auprès de populations connues pour être significativement différentes concernant les dimensions étudiées, etc.

- Validité de contenu : consiste à analyser le contenu de la matrice qui la compose (les items) afin de s'assurer qu'il est représentatif du domaine de comportements à mesurer. Elle repose essentiellement sur le jugement professionnel. Les items sélectionnés le sont-ils à juste titre ? Manque-t-il des items qui devraient être inclus dans la matrice ?

=> Méthode (groupe d'experts) : test de concordance interjuges (W de Kendall, test Kappa) complété de discussions afin d'aboutir à un consensus.

- Validité de face (ou apparente) : acceptabilité, compréhension, faisabilité, temps passé à renseigner la matrice... qui sont principalement des jugements subjectifs.

=> Méthode (groupe test et/ou groupe d'utilisateurs) : questionnaire sur la matrice sur les aspects de faisabilité, compréhension, temps passé, etc.

### 2.3.2 Fiabilité

- Fidélité : capacité d'un instrument à produire le même résultat si on mesure plusieurs fois le phénomène (reproductibilité).

=> Méthode (groupe test et/ou groupe d'utilisateurs) : test-retest (entre 15 jours et 1 mois).

- Cohérence interne : reflète l'homogénéité, la bonne consistance interne des items qui constituent chaque dimension de la matrice et qui forment ainsi un tout cohérent.

=> Méthode (groupe test et/ou groupe d'utilisateurs) : test alpha de Cronbach (basé sur la covariance entre items).

### 2.3.3 Évaluation de l'impact clinique et/ou économique

Seules les études prospectives comparatives avec un groupe témoin, randomisées à l'aveugle, avec un effectif suffisant d'investigateurs dont les patientèles correspondent à des échantillons

représentatifs de la population générale et avec un suivi à moyen ou long terme, permettent d'évaluer l'impact clinique et/ou économique de l'implémentation d'une MM au sein d'organisations.

Une MM étant à la fois un outil formatif et évaluatif, le groupe témoin est de fait soumis à un biais (l'effet Hawthorne) lié à l'acculturation et au développement organisationnel indirect dès lors qu'on évalue ce groupe témoin avec la même MM que celle utilisée par le groupe d'investigateurs. Il paraît donc nécessaire, pour s'assurer de la robustesse de l'étude, de réaliser une évaluation croisée par un second instrument de mesure indépendant de la MM étudiée, qui vise à s'affranchir de ce biais et à démontrer la cohérence externe de la MM.

## **2.4 Apport de la méthode générique d'évaluation de l'efficacité d'un système de qualité : norme AFNOR FD X 50-174 (3)**

La méthode AFNOR définit des recommandations génériques sur l'évaluation interne ou externe de l'efficacité d'un système qualité avec :

- la définition de l'approche d'évaluation sous la forme d'une matrice (ou grille) ;
- la démarche pour la construire ;
- la façon de l'utiliser.

S'inscrivant dans une « dynamique de progrès » basée sur le cycle PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), la méthode FD X 50-174 permet la définition et le positionnement des « niveaux de progrès » (correspondant aux niveaux de maturité d'une MM), des « critères d'évaluation », facteurs clés de réussite d'une organisation dont on mesure le degré de performance (niveau de progrès), qui s'apparentent aux dimensions d'une MM, et enfin des « cellules » de la grille d'évaluation qui sont l'intersection entre une colonne et une ligne de la MM.

- a/ Cinq niveaux de progrès (ou niveaux de maturité)<sup>1</sup> sont proposés pour décrire la performance d'un système qualité (un niveau ne peut être atteint que si le niveau précédent est pleinement satisfait) :
  - niveau 1 : fonctionnement de base, « l'organisme fonctionne suivant ses propres règles de l'art » ;
  - niveau 2 : défini, planifié, suivi, « l'organisme a construit un système qualité » ;
  - niveau 3 : maîtrisé, « l'organisme a identifié tous les processus utiles pour accomplir son métier, les a décrits dans son référentiel, les pilote (rebouclage à tous les niveaux), et les améliore progressivement (application du principe d'amélioration continue selon le cycle PDCA) » ;
  - niveau 4 : optimisé, « l'organisme maîtrise le pilotage des processus en prenant en compte les contextes internes et externes [...], l'optimisation des ressources pour atteindre les effets attendus (efficience) et la capitalisation des retours d'expériences » ;
  - niveau 5 : en amélioration permanente, « l'enjeu de l'organisme est de se maintenir au plus haut niveau dans le métier ou le domaine d'activité en définissant, planifiant et pilotant l'amélioration permanente à tous les niveaux de l'organisation, des processus et des ressources ».
- b/ Les critères d'évaluation (ou dimensions) sont relatifs aux exigences et attentes de ses parties prenantes (par exemple : client, personnel, actionnaire, fournisseur et entreprise/société) et sont compatibles avec les niveaux de progrès définis.
- c/ Les cellules de la grille d'évaluation se présentent sous forme d'appréciations aisément constatables par l'entité (interne ou externe) chargée de l'évaluation.

## **2.5 Modèles d'organisation des soins sous-jacents**

Deux principaux modèles organisationnels, conçus aux États-Unis, sous-tendent la construction des matrices et sont intimement liés dans leur application pratique en soins primaires (4) :

<sup>1</sup> Détails en annexe 2

- un modèle de coordination des soins pour les patients souffrant de maladies chroniques, le *Chronic Care Model (CCM)* ;
- le modèle des maisons médicales « centrées sur le patient » ou *Patient-Centered Medical Home (PCMH)*.

### 2.5.1 Modèle de coordination des soins pour les patients souffrant de maladies chroniques : *Chronic Care Model (CCM)*

Théorisé à la fin des années 1990 en particulier par l'équipe d'EH Wagner (5), le *Chronic Care Model (CCM)* est le modèle de référence concernant la coordination des soins pour les patients souffrant de maladies chroniques. Il comporte six dimensions clés<sup>2</sup> :

- organisation du système de soins (*organization of the health system*) : soutien des efforts de prise en charge des patients atteints de maladie chronique (formation, ressources, incitations...) ;
- utilisation d'un système d'information (SI) (*clinical information system*) : description de la situation des patients et évaluation de la performance des professionnels, le SI peut également comprendre un registre des patients, des *reminders* et permettre des retours d'information au médecin ;
- organisation de l'équipe de soins, des consultations et du mode de suivi (*delivery system design*) : accroissement de la participation des membres non médecins de l'équipe, meilleure définition des rôles de chacun et délégation de certaines tâches à des personnes plus disponibles ou mieux formées, recours possibles à des innovations comme « consultations de groupe », cela doit permettre de multiplier les interactions productives avec les patients ; ceux-ci doivent avoir la perception qu'ils reçoivent des soins d'une équipe ;
- mise à disposition d'aides à la décision (*decision support*) : accès en situation aux recommandations et aux protocoles, intégration de l'expertise des spécialistes et des autres membres de l'équipe ;
- soutien à l'autonomisation et à l'autoprise en charge des patients (*self-management support*) : responsabilisation des patients sur leurs traitements, partage d'informations, négociation d'objectifs et élaboration d'un plan d'action, utilisation de techniques comme : résolution de problèmes, outils d'aide à la décision, entretien motivationnel... ;
- utilisation des ressources communautaires (*linkage to community resources*) : recours aux associations de patients, partenariat avec les collectivités territoriales permettant aux patients de bénéficier de services non sanitaires...

Il existe des preuves de l'application de ce modèle pour améliorer la qualité et les résultats intermédiaires des soins chez les diabétiques. Des arguments sont en faveur d'une réduction des coûts pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et de diabète déséquilibré. Les meilleurs résultats ont été observés chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui sont mieux traités, ont moins souvent recours aux urgences et dont l'hospitalisation est réduite de 35 % par rapport aux contrôles (7).

### 2.5.2 Modèle de la maison de santé « centrée sur le patient » : *Patient-Centered Medical Home (PCMH)*

Suite aux définitions historiques (création en 1967 du terme de *medical home* par l'*American Academy of Pediatrics* (8), définition du modèle des PCMH par l'*Institute of Medicine [IOM]* en 1996 (9), édition des principes directeurs des PCMH en 2007 par quatre organisations de professionnels de santé en soins primaires [*American Academy of Family Physicians, American Academy of*

<sup>2</sup> Six éléments clés du CCM pour le diabète de type 2 (6)



*Pediatrics, College of Physicians, American Osteopathic Association*<sup>3</sup>], le modèle des PCMH a été actualisé en 2012 par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>4</sup>.

Ainsi, une PCMH comprend les cinq dimensions suivantes :

- la prise en charge globale de l'individu (*comprehensive care*) : prendre en charge tous les états de santé à n'importe quel âge de la vie d'un patient, ce qui nécessite la disponibilité de professionnels de santé permettant une prise en charge globale de chaque patient ;
- une démarche centrée sur le patient (*patient-centered*) : prendre en compte les besoins et les choix personnels du patient et/ou de personnes tierces de confiance, en respectant leur culture et leurs valeurs morales, à tout niveau de la prise en charge du patient par les professionnels de santé ;
- des soins coordonnés (*coordinated care*) : assurer une combinaison de services en santé et d'information qui satisfait aux besoins du patient, ce qui implique des interrelations et un ordre rationnel entre ces services, dépendant des ressources mises à contribution pour ce faire ;
- des services accessibles (*superb access to care*) : faciliter par tous les moyens l'accès continu des patients aux soins pour tout problème de santé, en respectant leurs préférences ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité (*a systems-based approach to quality and safety*) : intégrer dans la pratique de tous les acteurs de santé une démarche d'amélioration continue de la qualité basée sur les données de l'*evidence-based medicine* et la décision partagée avec le patient et ses proches.

En soutien à ces fonctions, l'AHRQ souligne les trois fondements des PCMH :

- le rôle central des systèmes d'information en santé ;
- la nécessité d'une réforme du financement ;
- le développement des équipes (*workforce*).

Un nombre croissant d'études démontrent l'effet de l'organisation ambulatoire en exercice regroupé de type PCMH sur l'efficacité des prises en charge et la qualité des soins (10).

Il existe une étroite parenté entre ces deux modèles et celui des regroupements pluriprofessionnels (maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, centres de santé).

## 2.6 Analyse des matrices existantes

Après analyse des instruments d'évaluation d'organisation de soins primaires recueillis dans la littérature ([annexe 3](#)), seules six matrices de maturité comportant des dimensions et des niveaux de progrès ont été répertoriées :

- 1) **L'UK Maturity Matrix™ (UK-MM)<sup>5</sup>**, matrice de maturité d'un intérêt historique dans cette sélection en tant que première matrice de maturité destinée aux professionnels de santé réalisée (Royaume-Uni, 2003). Elle n'est pas utilisée actuellement en routine par les professionnels. En effet, le choix du Royaume-Uni a été de développer un paiement forfaitaire des cabinets de soins primaires (*primary care trusts* ou PCT) lié à leur performance (*pay for performance* [P4P]). Par ailleurs, cette matrice a fait l'objet de critiques à la fois sur l'absence de théorie de développement organisationnel qui aurait dû fonder son développement, sur l'absence de validité « incrémentielle » de la succession des différents niveaux de progrès composant chacune de ses dimensions. La version de l'UK-MM traduite et adaptée pour le système de soins primaires danois a démontré sa faisabilité sur le terrain et un impact significatif (11).
- 2) Par la suite, une nouvelle version de matrice de maturité destinée aux soins primaires, **l'International Family Practice Maturity Matrix ou IFP-MM (12)**, a été coproduite par les repré-

3 Joint principles of the PCMH, 2007

[http://www.idph.state.ia.us/hcr\\_committees/common/pdf/clinicians/joint\\_principles.pdf](http://www.idph.state.ia.us/hcr_committees/common/pdf/clinicians/joint_principles.pdf)

4 Page du portail Internet de l'AHRQ (lien actualisé au 25/09/2012) :

[http://pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh\\_home/1483/PCMH\\_Defining%20the%20PCMH\\_v2](http://pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh_home/1483/PCMH_Defining%20the%20PCMH_v2)

5 Cf. plus haut la référence déjà citée (2) concernant l'UK Maturity Matrix™.

sentants de l'*European Association for Quality in General Practice/Family Medicine* (EQuiP), sur la base de la théorie des typologies organisationnelles de R Westrum (comme l'a été le guide d'évaluation de la culture de sécurité du patient en ville, le MaPSaF<sup>6</sup>). L'IFP-MM a été testée pour sa faisabilité par une équipe européenne (13). Elle serait actuellement utilisée comme outil d'évaluation des maisons de santé dans certaines régions d'Allemagne (14).

- 3) La seule MM ayant trait proprement à la coordination territoriale des soins est l'instrument d'évaluation des soins **Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)** développée par *Mc Coll Institute for Health Care Innovation (Group Health Cooperative)* en 2000 aux États-Unis sur le modèle de gestion des prises en charge de malades atteints de maladies chroniques (d'après les six dimensions clés du *Chronic Care Model*). L'ACIC a été initialement testé dans plus d'une centaine d'équipes de soins aux États-Unis à la fois en ambulatoire et à l'hôpital, et il a été démontré un progrès significatif pour les six dimensions de la MM dans les équipes prenant en charge les patients atteints de diabète et d'insuffisance cardiaque chronique (15). Il a été traduit et adapté dans plusieurs pays (Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Thaïlande, Espagne, Israël...) avec, pour la plupart des versions, une validation interne/externe et une efficacité significative de son implémentation sur le terrain.
- 4) Aux États-Unis, une seule grille a été validée pour l'évaluation de l'organisation des cabinets pédiatriques (validité interne et fiabilité (16)), le **Medical Home Index (MHI)** conçu par le *Center for Medical Home Improvement* grâce aux travaux précurseurs de l'*American Academy of Pediatrics*. En effet, les pédiatres furent les premiers à s'intéresser au concept de PCMH (17). Cette grille a été adaptée pour les adultes consultant en maisons de santé (*Adult Primary Care*), en une version longue (*full version, FV*) et une version courte (*short version, SV*). Seule la grille MHI-APC-FV a été analysée. Conçu initialement comme un instrument d'autoformation permettant d'améliorer les pratiques, le MHI-APC est utilisé par les responsables de PCMH aux États-Unis pour évaluer les PCMH en vue de l'allocation de ressources par les fonds publics. Mais, selon Burton (18), le *MHI-APC* serait l'un des instruments les moins adaptés à ce double objectif (amélioration – évaluation) car chaque niveau de maturité présente deux réponses possibles – « partiel » ou « complet » – qui ne permettent pas d'évaluer laquelle ou lesquelles des activités décrites dans le niveau de maturité sont présentes ou restent à développer. De plus, cette MM est unique pour l'intégration de nombreuses activités de bas niveau d'exigence, nommées « soins standard » (*standard care*). Ce focus marqué sur ces dimensions habituellement satisfaites par la majorité des structures en soins primaires (28 % du total des items appartiennent à la catégorie « soins standard ») encouragerait, selon l'auteur, les structures ayant de faibles performances initiales à poursuivre les efforts engagés au détriment de la valorisation des organisations les plus performantes.
- 5) La matrice **PCMH-Assessment du Mc Coll Institute for Health Care Innovation (Mc Coll IHCI)** a été produite en 2010. Le principal intérêt du Mc Coll IHCI-PCMH-A pour les responsables de PCMH aux États-Unis est sa forme compatible avec les instruments d'évaluation en vue d'allouer des ressources par les fonds publics : les *PCMH recognition tools* (cf. infra).
- 6) Le **Clinical Microsystem Assessment Tool** (Mohr, Batalden, 2002) est une matrice comportant quelques questions ouvertes et qui a la particularité de s'adapter à la fois aux soins primaires et aux soins de deuxième ligne (*secondary care*).

Il apparaît, à travers cet état des lieux, que certaines matrices sont les supports d'une évaluation externe en vue d'allouer des ressources, voire permettent une évaluation croisée entre l'équipe de soins et des patients. Dans ce cas, deux guides d'évaluation spécifiques, un pour les professionnels de l'équipe et un pour les patients sont, alors nécessaires.

6 MaPSaF : guide d'évaluation de la culture de sécurité du patient, initialement proposé pour les MG écossais, puis adapté et traduit internationalement (cf. enquête HAS-IPSOS sur la perception de la sécurité du patient par les professionnels de ville).

## 2.7 Éléments de preuve et limites actuelles

La présente recherche a permis de dresser une cartographie des matrices de maturité existant en août 2012, en comparant à la fois leurs spécificités en termes de dimensions et de niveaux de maturité, leur diffusion actuelle et leur éventuelle validité lorsqu'elle a été étudiée.

Les travaux précurseurs sur les maisons de santé pédiatriques de l'*American Academy of Pediatrics* ont permis de valider, avant tout autre outil de reconnaissance des PCMH, un premier instrument d'évaluation de ces maisons, le *Medical Home Index* version pédiatrique (PHI-PV).

Après la preuve de la validité interne et la fiabilité de cette matrice (16), le même chercheur a montré une diminution significative des hospitalisations et des passages aux urgences pour les enfants suivis dans des PCMH ayant un score élevé au MHI-PV respectivement pour l'hospitalisation dans les dimensions « capacités organisationnelles », « gestion de l'enfant souffrant d'une affection chronique » et « coordination des soins », et pour le passage aux urgences dans la dimension « gestion de l'affection chronique » (19). Néanmoins, pour Cooley et son équipe, il reste maintenant à élargir considérablement la taille de l'échantillon étudié afin de prouver scientifiquement une relation de cause à effet entre la prise en charge en PCMH à haut standard de qualité et une diminution du recours aux urgences et à l'hospitalisation pour la population pédiatrique atteinte d'affection chronique et soignée dans ces PCMH.

Concernant les soins primaires tout âge confondu, il n'existe pas actuellement d'instrument d'évaluation validé qui soit dédié aux PCMH nord-américaines, ce qui semble un préalable indispensable à la reproduction d'études comparables à celles effectuées par Cooley même si des validations partielles ont été réalisées (11,14,15).

## 2.8 Différences entre les matrices de maturité et les grilles d'analyse utilisées pour l'accréditation

Des dispositifs d'accréditation des structures de soins primaires du type PCMH se sont largement développés avec plusieurs objectifs : garantir et améliorer la qualité, financer, rendre compte à la population et se démarquer dans des contextes concurrentiels.

Ils reposent sur des grilles d'analyse spécifiques qui ont été comparées à une des matrices de maturité (qui n'a pas, elle, comme vocation première l'accréditation des structures) dans une étude américaine récente (18). Cette étude a comparé une matrice de maturité, le *Medical Home Index in Adult Primary Care*, à neuf autres instruments d'accréditation des PCMH de forme non matricielle dont le *NCQA PCMH Standards 2011*, outil le plus fréquemment utilisé pour l'accréditation des PCMH (plus de 1 500 PCMH aux États-Unis reconnues par le NCQA avec la version *PCMH Standards 2008* au 31/12/2010) (18).

Le [tableau 1 de l'annexe 4](#) issu des données du rapport Burton compare la proportion d'items dévolus à chacune des dimensions dans le *NCQA PCMH Standards 2011* (modèle type de grille d'accréditation) et dans le *CMHI Medical Home Index* (modèle type de matrice de maturité), ainsi qu'à la moyenne et à la médiane de ces proportions observées pour les 10 instruments d'évaluation des PCMH étudiés.

Les proportions d'items par dimension du *NCQA PCMH Standards 2011* sont le plus souvent proches des valeurs moyennes de l'ensemble des 10 outils d'évaluation, *a contrario* les proportions d'items du *CMHI Medical Home Index* sont majoritairement éloignées de ces valeurs moyennes, ce qui tend à montrer une différence de fond entre outil d'accréditation seule et matrice de maturité.

Quarante pour cent des items de la grille d'accréditation du NCQA ont trait au système d'information contre 4 % dans la MM du CMHI, qui porte principalement sur des pratiques cliniques dites « standard », l'amélioration de la qualité, les relations avec le secteur médico-social et la

communication avec les patients (respectivement 28 % vs 0 % dans le NCQA Standards, 13 % vs 5 %, 13 % vs 2 % et 8 % vs 3 %).

Les autres conclusions de cette analyse sont :

- le nombre élevé de grilles d'évaluation des PCMH américaines pose la question d'une éventuelle sélection au niveau national d'une unique grille facilitant pour les payeurs l'octroi d'une rémunération forfaitaire de ces structures versée simultanément par plusieurs assureurs (*collaborative multi-payer initiatives*) ;
- il existe de nombreuses définitions d'une PCMH ;
- la validation scientifique de ces grilles est rare, mis à part le *Medical Home Index* version pédiatrique ;
- le choix est difficile entre, d'une part, des grilles nationales coûteuses en moyens (humains et financiers) et, d'autre part, des grilles spécifiques de certains regroupements de PCMH, à diffusion plus restreinte, moins longues à administrer et souvent d'un prix modeste mais souffrant d'un manque de reproductibilité, sans possibilité de comparaison régionale ou nationale (*benchmarking*) ;
- les « performances » des structures apparaissent souvent meilleures qu'elles ne le sont en réalité, ce qui justifie des mesures de vérification, d'audit et d'accompagnement des PCMH sur le terrain ;
- il existe deux stratégies d'utilisation des grilles d'évaluation des PCMH :
  - les grilles qui mesurent les capacités des PCMH ayant déjà acquis un haut niveau d'exigence (*high bar for recognition*). L'objectif de ces grilles est de fournir des moyens supplémentaires ciblés sur des actions porteuses d'une meilleure qualité des soins,
  - les grilles dont le niveau d'exigence est bas (*low bar for recognition*). L'objectif de ces grilles est de soutenir la progression dans des actions jugées les plus pertinentes pour le patient (coordination des soins, continuité des soins, gestion des maladies chroniques...). Les critères de ces grilles avec un niveau d'exigence bas intègrent des indicateurs de pratiques « standard » (d'après Burton, entendues comme des pratiques qui n'ont rien de spécifique au développement d'une organisation pluriprofessionnelle évoluée en soins primaires<sup>7</sup>) afin d'inclure un nombre maximal d'organisations de soins primaires souhaitant évoluer vers un modèle de type PCMH.

Certains experts souhaiteraient faire converger ces deux stratégies.

En Europe, où le système d'accréditation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires semble aujourd'hui moins répandu qu'aux États-Unis, une comparaison a été établie dans le [tableau 2 de l'annexe 4](#) entre deux outils d'évaluation récents, européen et français :

- le premier, plus spécifique de l'exercice du médecin généraliste, l'*European Practice Assessment* (EPA, 2008) (20) réalisé par un groupe européen de chercheurs en médecine générale issus de sociétés savantes généralistes de divers pays (comme l'Association scientifique européenne EquiP qui a collaboré à la réalisation de l'IFP-MM) ;
- le second, le Référentiel d'évaluation des centres de santé (2007), réalisé par un groupe de travail formé par la HAS en collaboration avec le Regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS) (21).

Ces deux instruments d'évaluation ont, en première approximation et compte tenu d'un nombre total d'items variant entre eux d'un facteur supérieur à 3, une haute concordance sur l'intitulé et l'importance proportionnelle des items de la majorité des dimensions répertoriées, les dimensions « qualité de vie professionnelle » et « gestion des ressources » mises à part.

<sup>7</sup> Par exemple (p. 20, Burton (18)) : « le médecin échange avec le patient sur ses préoccupations et ses problèmes en termes de santé » (*physician speaks to the patient about his/her health problems and concerns*).

### **3. Méthode d'élaboration d'une matrice de maturité adaptée au modèle des maisons, pôles et centres de santé français**

La HAS propose de développer une matrice de maturité avec les professionnels de santé. Il doit s'agir d'un outil simple et opérationnel pour les équipes de terrain qui leur permette d'améliorer au fur et à mesure leur organisation pour une prise en charge de qualité, globale et coordonnée des patients et de la valoriser, le cas échéant, vis-à-vis de leur patientèle et des décideurs. Pour cela, il est proposé de procéder selon les étapes suivantes :

#### **3.1 1<sup>re</sup> étape : définir les dimensions et leurs sous-dimensions envisageables**

Les dimensions reflètent les aspects importants du développement assignés à l'organisation et peuvent être subdivisées en sous-dimensions. Nous proposons de retenir les dimensions et sous-dimensions :

- qui contribuent à organiser une prise en charge de qualité, globale et coordonnée ;
- dont la mise en œuvre a montré un impact sur l'amélioration de la qualité des soins ;
- qui sont adaptées au contexte français des soins primaires.

Pour cela, les dimensions de la grille d'analyse des projets article 70, fondées sur les activités et stratégies proposées dans les différents modèles de prise en charge des personnes âgées et pluri-pathologiques identifiées dans les revues de revues et rapports, ont été confrontées à l'analyse des matrices existantes ce qui a permis de repérer un premier ensemble de dimensions et de préciser la manière dont pourraient être présentées ces dimensions/sous-dimensions et leurs niveaux de progrès.

La sélection des dimensions et sous-dimensions à retenir dans le prototype final de la matrice se fera avec les professionnels de terrain (cf. étape 3 ci-dessous).

#### **3.2 2<sup>e</sup> étape : définir les éléments de caractérisation des dimensions et sous-dimensions**

Une analyse de la littérature portant spécifiquement sur chacune des dimensions et sous-dimensions est ensuite envisagée afin de repérer les modalités et facteurs clés du succès de leur mise en œuvre. Cette analyse sera publiée sous la forme de fiches repères accompagnant les expérimentations article 70 ([annexe 6](#)) et, combinée au travail précédent, fournira des éléments de caractérisation des dimensions et sous-dimensions de la matrice à partir desquels pourront être finalisés les niveaux de progrès.

#### **3.3 3<sup>e</sup> étape : élaboration du prototype de la matrice**

Un groupe de travail, réunissant des professionnels ayant une expérience en soins primaires et des experts dans le domaine des dimensions retenues, confirmera parmi les dimensions et sous-dimensions proposées celles à sélectionner, définira puis sélectionnera selon la méthode Delphi les niveaux de progrès pertinents à retenir dans la future matrice (« validités de construit et de contenu »).

### **3.4 4<sup>e</sup> étape : test de faisabilité et d'acceptabilité auprès d'équipes de terrain**

Dans un premier temps, la matrice de maturité étant destinée à être un outil d'auto-évaluation, elle sera testée auprès d'équipes de terrain pour s'assurer de sa faisabilité et de son acceptabilité. Ces tests permettront d'analyser la pertinence, la lisibilité, la faisabilité pour chaque dimension et sous dimension (grille de cotation).

Si la grille devait être utilisée pour d'autres usages, notamment pour comparer des sites ou y associer des financements, d'autres tests de validation seront nécessaires (cf. § 2.3).

### **3.5 5<sup>e</sup> étape : définition des modalités de passation**

Les modalités de passation seront précisées puis testées sur le terrain avec les responsables professionnels (URPS, FMPS, FNCS, UNRsanté) et les ARS.



## 4. Résultats de l'analyse de la littérature scientifique et des matrices existantes (étape n° 1)

Une analyse bibliographique, réalisée dans le cadre de l'évaluation des expérimentations article 70 (LFSS 2012) destinées à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, a permis d'identifier les activités et stratégies clés permettant d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques et des personnes âgées fragiles et/ou retenues dans les principaux modèles théoriques. Ces activités et stratégies ont été soumises au Comité scientifique des expérimentations article 70 pour validation (tableau 1).

**Tableau 1. Activités et stratégies clés permettant d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques et des personnes âgées fragiles (23-36)**

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| <b>ACTIVITÉS</b>  | <b>Repérer et évaluer les patients</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Repérer les patients à risque avec des outils simples</li> <li>– Évaluer les risques médico-psychosociaux, l'autonomie, la situation sociale, le projet de vie et de santé (EGS)</li> </ul>   |
|                   | <b>Élaborer un plan personnalisé de soins</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan de soins, plan d'aide et éventuellement plan d'éducation thérapeutique, en adaptant les interventions aux niveaux de risque.</li> </ul>  |
|                   | <b>Identifier les intervenants dans la prise en charge, spécifier leur rôle</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Désigner le (les) responsable(s) de la coordination le plus proche(s) du patient.</li> </ul>  |
|                   | <b>Communiquer vers le patient et les autres intervenants</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Assurer le partage de l'information entre les différents acteurs et niveaux de soins</li> </ul>   |
|                   | <b>Mettre en œuvre le plan de soins, suivre et adapter les soins selon l'évolution</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Détecter et prévenir les ruptures de prise en charge</li> <li>– Apporter les aides pour surmonter les difficultés</li> <li>– Évaluer régulièrement les résultats</li> </ul>   |
| <b>STRATEGIES</b> | <b>Organiser la gouvernance territoriale</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostic de territoire, des ressources et des besoins selon une approche populationnelle</li> <li>– Pilotage du projet</li> <li>– Intégration</li> </ul>  |
|                   | <b>Soutenir l'organisation du premier recours en équipe pluriprofessionnelle</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Concertation pluriprofessionnelle</li> <li>– Formation interprofessionnelle, DPC, <i>feed back</i></li> <li>– Délégation de tâches/nouveaux métiers</li> <li>– Coordination/gestion des cas complexes</li> <li>– Télémédecine</li> <li>– Incitations financières (forfaits de coordination...)</li> </ul> |
|                   | <b>S'appuyer sur des outils validés / EBM</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Protocoles pluriprofessionnels formalisés</li> <li>– Grilles d'évaluation</li> </ul>  |
|                   | <b>Gérer et atténuer les problèmes d'interface</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Adoption de procédures unifiées</li> <li>– Cellule d'ordonnancement des sorties</li> </ul>  |
|                   | <b>Déployer des actions de soutien à l'autonomie et d'éducation des patients</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Soutien à l'autonomie</li> <li>– ETP</li> <li>– Fiches patients</li> </ul>  |
|                   | <b>Favoriser l'accès aux services à la personne dans les domaines sociaux, de l'aide</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Services sociaux et d'aide, aménagement du domicile...</li> </ul>   |
|                   |  |  |

**Disposer d'un système  
d'information**

- Production de données (document de synthèse, PPS, CRH...)
- Partage de données
- Aide à la décision (*reminders...*)
- Suivi systématique d'indicateurs de pratique clinique

Ces dimensions ont été confrontées à l'analyse des matrices existantes par deux chefs de projet qui ont croisé leurs points de vue pour aboutir au classement présenté ci-dessous (tableau 2).



Tableau 2. Dimensions et sous-dimensions issues de l'analyse bibliographique réalisée dans le cadre de l'art.70 croisées avec celles des matrices de maturité

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS                            | UK Maturity Matrix                              | IFP-MM <sup>8</sup>   | MHI in APC- FV <sup>9</sup>  | Mc Coll PCMH- Assessment  | CMAT <sup>10</sup>  | ACIC <sup>11</sup>  |
|---|---|---|--|---|---|---|
| Travail en équipe pluriprofessionnelle de premier recours | Human resource management                       | Managing staff  |  | Continuous team-based healing relationships<br>. Patients are encouraged to see their paneled provider and practice team<br>. Non-physician practice team members | – Leadership<br>. Leadership<br>– Staff<br>. Interdependence<br>. Staff focus | Delivery System Design<br>. Practice team leadership<br>. Practice Team Functioning |
| Réunion de concertation                                   | Practice meeting                                | Working as a team (NB centré sur team meetings)   |  |   |   |   |
| Protocoles pluriprofessionnels EBM                        | Use of guidelines                               | – Using information (Accessing evidence about best practice, sharing the evidence and assessing its applicability and quality)<br>– Operating procedure for organisational and care processes | Chronic condition management<br>. care continuity (NB: utilisation de chronic condition protocol in level 4) | Organized, evidence-based care<br>. Comprehensive, guideline-based information on prevention or chronic illness treatment   |   | Decision Support<br>. Evidence-Based Guidelines                                     |
| Formation pluriprofessionnelle DPC                        | – Audit of clinical performance<br>– Continuing |   | Organizational capacity<br>. staff education   | Continuous team-based healing relationships   | Staff<br>. Education and Training   | Decision support<br>. Provider education for  |

8 International Family Practice Maturity Matrix <http://www.maturitymatrix.co.uk/>

9 Medical Home Index in Adult Primary Care - Full Version <http://www.medicalhomeimprovement.org/>

10 Clinical Microsystem Assessment Tool [http://clinicalmicrosystem.org/materials/worksheets/microsystem\\_assessment.pdf](http://clinicalmicrosystem.org/materials/worksheets/microsystem_assessment.pdf)

11 Assessment of Chronic Illness Care [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC\\_Survey&s=35](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35)

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS   | UK Maturity<br>Matrix  | IFP-MM <sup>8</sup>  | MHI in APC- FV <sup>9</sup>  | Mc Coll PCMH-<br>Assessment  | CMAT <sup>10</sup>                      | ACIC <sup>11</sup>   |
|--|--|--|--|--|---|--|
|  | professionnel<br>development (NB :<br>pas de notion pluripro<br>ici) |  | (Requires both MD &<br>key non-MD staff<br>person's perspective)   | . The practice   |   | chronic illness<br>care  |
| Démarche qualité<br>(ajouté)   | – Prescribing<br>– Risk<br>management                                | Improving the<br>practice<br>(Improving the<br>process of care:<br>clinical and<br>organisational audits<br>(Plan-Do-Study-Act<br>cycles)) | Quality<br>improvement<br>change<br>. quality standards<br>(structures)<br>. quality activities<br>(process) | – Engaged<br>leadership<br>. Executive<br>leaders<br>. Clinical leaders<br>. The<br>organization's<br>hiring and training<br>processes<br>. The responsibility<br>for conducting<br>quality<br>improvement<br>activities<br>– Quality<br>improvement<br>strategy<br>. Quality<br>improvement<br>activities<br>. Performance<br>measures<br>. Quality<br>improvement<br>activities are<br>conducted by... | Performance<br>. Process<br>Improvement | Organization of<br>the Healthcare<br>Delivery System<br>. Improvement<br>Strategy for<br>Chronic Illness<br>Care |
| Démarche qualité à partir retour<br>patient<br>(ajouté)  | Learning from<br>patients  | Listening to<br>patients   | Organizational<br>capacity<br>. Patient/family<br>feedback   | Patient-centered<br>interaction<br>. Measurement of<br>patient centered<br>interactions  |   |  |
| <b>Gouvernance</b><br>– Diagnostic de territoire, des<br>ressources et des besoins selon<br>une approche populationnelle |  |  | – Care<br>Coordination<br>. Advocacy   |  |   | – Community<br>linkage<br>. Regional Health  |

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS      | UK Maturity<br>Matrix | IFP-MM <sup>8</sup> | MHI in APC- FV <sup>9</sup>  | Mc Coll PCMH-<br>Assessment  | CMAT <sup>10</sup>  | ACIC <sup>11</sup>  |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|--|--|---|---|
| – Intégration                       |                       |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Community outreach</li> <li>. Community assessment of health needs</li> <li>– Chronic Condition Management</li> <li>. Patient/family support</li> <li>– Organization capacity</li> <li>. Cultural Competence</li> </ul> |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plans</li> <li>– Decision support</li> <li>. Provider Education for Chronic Illness Care</li> <li>– Integration of chronic care model components</li> <li>. Organizational Planning for Chronic Illness Care</li> <li>– Organization of the healthcare system</li> <li>. Incentives and regulation for chronic illness care</li> <li>. Benefits</li> </ul> |
| Pilotage du projet/ projet de santé |                       |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Organization capacity</li> <li>. The mission of the practice</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Patient-centered interaction</li> <li>The principle of patient-centered care</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients</li> <li>Patient focus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Organization of the Healthcare Delivery System</li> <li>. Overall Organizational Leadership in Chronic Illness Care</li> <li>. Organizational Goals for Chronic Care</li> <li>. Senior leaders</li> </ul>  |
| Accès aux soins<br>(ajouté)         |                       |                     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enhanced access</li> <li>. Appointment systems</li> <li>. Contacting the</li> </ul>     |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Delivery System Design</li> <li>. Appointment System</li> </ul>  |

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS  | UK Maturity<br>Matrix | IFP-MM <sup>8</sup> | MHI in APC- FV <sup>9</sup>   | Mc Coll PCMH-<br>Assessment  | CMAT <sup>10</sup> | ACIC <sup>11</sup>  |
|---|-----------------------|---------------------|---|--|--------------------|---|
|   |                       |                     |   | practice team<br>during regular<br>business hours<br>. After hours<br>access   |                    |   |
| <b>Activités de soins relatives au<br/>parcours de soins</b>  |                       |                     |   |  |                    |   |
| Repérage des patients à risque<br>avec des outils et critères<br>simple   |                       |                     |   |  |                    |   |
| Évaluer la situation médico-<br>psychosociale des patients  |                       |                     | Care coordination<br>. Assessment of<br>needs & plan of<br>care   | Patient-centered<br>interactions<br>. Assessing<br>patient and family<br>values and<br>preferences                         |                    | Self-management<br>support<br>. Assessment and<br>documentation of<br>self-management<br>needs and<br>activities  |
| Elaborer un plan de soins, un<br>plan d'aide (services aux<br>patients) et éventuellement un<br>plan d'éducation thérapeutique<br>-----<br>Mettre en œuvre le suivi en<br>détectant les risques de rupture<br>de prise en charge pour les<br>prévenir<br><br>-----<br>Identifier les intervenants et le<br>responsable de la coordination |                       |                     | - Care<br>coordination<br>. Assessment of<br>needs & plan of<br>care<br>- Chronic<br>condition<br>management<br>. Care continuity<br><br>-----<br>- | Organized,<br>evidence based<br>care<br>. Care plans<br><br>-----<br>-<br>Organized,<br>evidence-based<br>care<br>. Visits |                    | Clinical<br>Information<br>Systems<br>. Patient<br>Treatment Plans<br><br>-----<br>-<br>- Integration of<br>Chronic Care<br>Model<br>Components<br>. Routine follow-<br>up for<br>appointments,<br>patient<br>assessments and<br>goal planning<br>- Delivery System<br>Design |

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS                            | UK Maturity<br>Matrix | IFP-MM <sup>8</sup> | MHI in APC- FV <sup>9</sup>   | Mc Coll PCMH-<br>Assessment  | CMAT <sup>10</sup>   | ACIC <sup>11</sup>   |
|---|-----------------------|---------------------|---|--|--|--|
|   |                       |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Chronic condition management</li> <li>. Care continuity</li> <li>. Cooperative management between PCP and specialist</li> <li>– Care Coordination</li> <li>. Care Coordination Role Definition</li> </ul>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Follow-up</li> <li>. Planned Visits for Chronic Illness Care</li> <li>-----</li> <li>--</li> </ul>  |
| <p><b>Communiquer entre les PS et avec le patient</b></p> |                       |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Chronic condition management</li> <li>. Continuity Across Settings</li> <li>. Cooperative management between primary care provider (PCP) and specialists</li> <li>. Care Continuity</li> <li>– Organizational Capacity</li> <li>. Communication/ Access</li> <li>. Access to the Medical Record</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Care coordination</li> <li>. Test results and care plans</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Information and information Technology:</li> <li>. Integration of information with Patients</li> <li>. Integration of Information with Providers and Staff</li> <li>– Leadership</li> <li>. Organizational Support</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Delivery system design</li> <li>. Continuity of care</li> <li>– Decision Support</li> <li>. Involvement of Specialists in Improving Primary Care</li> <li>. Informing Patients about Guidelines</li> <li>– Integration of Chronic Care Model Components</li> <li>. Informing Patients about Guidelines</li> <li>– Clinical information system</li> <li>. Information about Relevant Subgroups of</li> </ul> |

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS  | UK Maturity<br>Matrix                   | IFP-MM <sup>8</sup> | MHI in APC- FV <sup>9</sup>  | Mc Coll PCMH-<br>Assessment   | CMAT <sup>10</sup> | ACIC <sup>11</sup>  |
|---|---|---------------------|--|---|--------------------|---|
|   |   |                     |  |   |                    | Patients Needing<br>Services  |
| Possibilité de faire appel à<br>gestionnaires/coordonnateurs<br>de parcours pour les cas<br>complexes |   |                     |  | Organized,<br>evidence-based<br>care<br>. Clinical care<br>management<br>services for high<br>risk patients   |                    |   |
| Gérer les problèmes<br>d'interface dont transition<br>hôpital domicile                                |   |                     | Chronic condition<br>management<br>. Continuity Across<br>Settings<br>. Cooperative<br>management<br>between primary<br>care provider and<br>specialists<br>. Transitions of<br>care | Care coordination<br>. Medical and<br>surgical specialty<br>services<br>. Behavioral health<br>services<br>. Patients in need<br>of specialty care,<br>hospital care, or<br>supportive<br>community-based<br>resources<br>. Follow-up by the<br>PCP with patients<br>seen in the<br>Emergency Room<br>or hospital |                    | – Delivery system<br>design<br>. Continuity of<br>care<br>– Decision<br>Support<br>. Involvement of<br>Specialists in<br>Improving Primary<br>Care  |
| Déployer des actions de<br>soutien à l'autonomie et<br>d'éducation des patients                       | Sharing<br>information with<br>patients |                     | – Care<br>coordination<br>. Patient Family/<br>Caregiver<br>Education  | Patient-centered<br>interactions<br>. Self-<br>management<br>support<br>. Patient<br>comprehension of<br>verbal and written<br>materials  |                    | – Self-<br>management<br>support<br>. Assessment and<br>documentation of<br>self-management<br>needs and<br>activities<br>. Self-<br>management<br>support<br>. Addressing<br>concerns of |

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS   | UK Maturity<br>Matrix | IFP-MM <sup>8</sup>   | MHI in APC- FV <sup>9</sup>  | Mc Coll PCMH-<br>Assessment   | CMAT <sup>10</sup>   | ACIC <sup>11</sup>  |
|--|-----------------------|---|--|---|--|---|
|  |                       |   |  |   |  | patients and families<br>. Effective behavior change interventions and peer support<br>– Integration of CCM components<br>. Guideline for chronic illness care<br>. Information systems/ registries |
| Favoriser l'accès aux services à la personne dans les domaines sociaux, de l'aide et des ressources communautaires |                       |   | – Chronic Condition Management<br>. Continuity Across Settings<br>. Patient/family support<br>– Community outreach<br>. Outreach to community based agencies<br>– Care coordination<br>. Resource information and referral | – Care coordination<br>. Linking patients to supportive community-based resources<br>– Enhanced access<br>. A patient's insurance coverage issues | Patients<br>. Community and market focus   | – Community linkages<br>. Linking patients to outside resources<br>. Partnerships with community organizations<br>– Integration of CCM components<br>. Community programs                           |
| <b>Systèmes d'information</b><br>Recueil des données (structurées)   | Clinical data         | Using patient data (Patient information taken from consultations. Coding and analysing this information.) | Data Management<br>. Electronic Data Support   | Organized, evidence-based care<br>. Care plans (NB routinely recorded)  | Information and information technology<br>. Integration of information with technology | Clinical Information Systems<br>. Patient Treatment Plans   |

| DIMENSIONS,<br>SOUS-DIMENSIONS | UK Maturity<br>Matrix                              | IFP-MM <sup>8</sup>  | MHI in APC- FV <sup>9</sup>  | Mc Coll PCMH-<br>Assessment   | CMAT <sup>10</sup>   | ACIC <sup>11</sup>  |
|--------------------------------|--|--|--|---|--|---|
| Indicateurs de pratique        |  | Using patient data (Patient information taken from consultations. Coding and analysing this information) | Data Management<br>. Data Retrieval Capacity   | Empanelment<br>. Reports on care processes or outcomes of care  | Performance<br>Performance Results<br>(NB : à partir SI ?) | Clinical Information Systems<br>.Feedback   |
| Autres fonctionnalités SI      | Access to clinical information (NB : via internet) |  | Chronic Condition Management<br>. Identification of Populations of Patients with Chronic Health Conditions | Quality improvement strategy<br>. An EHR that is Meaningful-Use certified<br>Empanelment<br>. Registries on individual patients<br>. Registry or panel-level data |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Decision Support</li> <li>. Evidence-Based Guidelines</li> <li>– Clinical Information Systems</li> <li>. Reminders to Providers</li> <li>– Clinical Information Systems</li> <li>. Registry (list of patients with specific conditions)</li> <li>. Information about Relevant Subgroups of Patients Needing Services</li> <li>– Integration of Chronic Care Model Components</li> <li>. Information systems /registries</li> <li>. Organizational planning for chronic illness care</li> </ul> |



| <b>DIMENSIONS,<br/>SOUS-DIMENSIONS</b>   | <b>UK Maturity<br/>Matrix</b> | <b>IFP-MM<sup>8</sup></b> | <b>MHI in APC- FV<sup>9</sup></b>  | <b>Mc Coll PCMH-<br/>Assessment</b>   | <b>CMAT<sup>10</sup></b> | <b>ACIC<sup>11</sup></b> |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Autres dimensions et sous-dimensions observées dans les matrices   |                               |                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Organizational capacity</li> <li>. Office environment</li> <li>– Care coordination</li> <li>. Patient/family involvement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient-centered interaction</li> <li>. Involving patients in decision-making and care</li> <li>– Empanelment</li> <li>. Patients</li> </ul> |                          |                          |
| *ajouté : correspond aux dimensions/sous-dimensions ajoutées après analyse des matrices existantes par rapport à celles initialement identifiées |                               |                           |  |   |                          |                          |

Cette analyse amène à individualiser deux dimensions :

- Démarche qualité et démarche qualité à partir du retour des patients
- Accès aux soins

Par ailleurs, deux des six matrices existantes mettent en avant l'implication des patients dans la définition des services à apporter ainsi que la décision partagée avec le patient, dimension qu'il conviendrait aussi d'envisager.

L'analyse des matrices de maturité a aussi permis d'identifier un premier set d'éléments de caractérisation de chacune des dimensions et sous-dimensions proposées (tableau 3). Ces éléments de caractérisation seront consolidés lors de la rédaction des fiches repères.

**Tableau 3. Le tableau ci-dessous récapitule, à l'issue de l'étape 1, pour les dimensions et sous-dimensions envisageables, les premiers éléments de caractérisation**

| DIMENSIONS/SOUS-DIMENSIONS   | CARACTÉRISATION DES NIVEAUX   |
|--|---|
| <b>Repérage, évaluation, PPS</b>   |   |
| 1a/ Repérage des patients à risque avec des outils et critères simple                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– avec outil explicite, partagé, validé</li> <li>– simple d'utilisation</li> <li>– inscrit dans un processus</li> <li>– systématique pour les patients</li> <li>– résultat tracé</li> <li>...</li> </ul>   |
| 1b /Evaluer la situation des patients  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– pluriprofessionnelle</li> <li>– avec outil explicite partagé</li> <li>– inscrit dans un process</li> <li>– expertise gériatrique ou spécialisée</li> <li>– associant l'équipe de soins de premier recours</li> <li>– population cible</li> <li>– résultat tracé</li> </ul>                   |
| 1c/Elaborer et suivre un PPS   |   |
| 1c1/ Elaborer un PPS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– tenant compte des avis du patient</li> <li>– multidimensionnel (cliniques, autosoins, aides à domicile)</li> <li>– avec objectifs explicités</li> <li>– s'appuie sur données de type EBM</li> <li>– formalisé</li> <li>– tracé</li> <li>– partagé avec tous les acteurs concernés</li> </ul> |
| 1c2/ Identifier les intervenants et le responsable de la coordination                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– en précisant le coordonnateur (médecin, infirmière ou travailleur social) et les rôles de chacun</li> </ul>  |
| 1c3/ Mettre en œuvre le suivi en détectant les risques de rupture de prise en charge pour les prévenir | avec <ul style="list-style-type: none"> <li>– une boucle d'alerte protocolée pour détecter les ruptures du parcours</li> <li>– une révision régulière ou lors d'événements aigus</li> <li>– un partage des révisions entre les acteurs concernés</li> <li>– une discussion des EIG</li> </ul>   |
| <b>Communication</b> pour assurer le   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– à l'initiative du patient</li> </ul>   |

| DIMENSIONS/SOUS-DIMENSIONS   | CARACTÉRISATION DES NIVEAUX   |
|--|---|
| partage de l'information entre les différents acteurs et niveaux de soins  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– écrite lors de la demande d'un avis</li> <li>– favorisée par la structure (tél, e-mail, échange électronique [HIE] ou réunion)</li> <li>– concernant le résultat de l'évaluation et le plan de soins</li> </ul>  |
| <p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostic de territoire, des ressources et des besoins selon une approche populationnelle</li> <li>– Intégration</li> <li>– Pilotage du projet/ Projet de santé</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– relation contractualisée avec environnement médico-social</li> <li>– réunions pluristructures</li> <li>– pilotage du projet/projet de santé</li> <li>. objectif commun à l'équipe : soins centrés sur le patient...</li> <li>. est porté par un leader</li> <li>. guide la politique et les priorités de la structure</li> <li>. est mesuré/évalué</li> </ul>  |
| Accès aux soins  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– amplitude d'ouverture</li> <li>– consultation non programmée</li> <li>– visite à domicile</li> <li>– secteur opposable</li> <li>– système de RDV (agenda partagé)</li> <li>. flexibilité dans la prise de RDV et durée des RDV</li> <li>. possibilité de voir plusieurs professionnels le même jour</li> <li>– possibilité de communiquer par mail ou tél pdt heures d'ouverture</li> <li>– en dehors horaires ouverture :</li> <li>.arrangements permettant accès aux données disponibles et retour infos vers la structure</li> <li>.ou contact par mail, tél ou direct avec quelqu'un de l'équipe ou en contact proche avec l'équipe et les données du patient</li> </ul> |
| <p><b>Travail en équipe pluriprofessionnelle de premier recours</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– objectif commun</li> <li>– rôle et responsabilité</li> <li>– facteur humain, <i>staff managing</i></li> <li>– <i>leadership</i></li> <li>– prise de décision partagée</li> <li>– interdépendance</li> <li>– collaboration</li> <li>– communication</li> <li>– gestion des conflits</li> <li>– approche centrée patient</li> <li>– <i>team training</i></li> </ul>  |
| 2a/ Protocoles pluriprofessionnels   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour une situation identifiée (fréquente ou source de difficultés)</li> <li>– l'ensemble des acteurs concernés</li> <li>– discutent de la prise en charge optimale tant en termes de parcours de soins qu'en termes de prise en charge clinique</li> <li>– en s'appuyant sur les données de type EBM, l'expérience des professionnels et compte tenu de l'environnement</li> <li>– déterminent ce qui devrait être fait, quand, où, par qui</li> <li>– le rendent accessible en cours de consultation</li> <li>– suivent sa mise en œuvre</li> </ul>   |
| 2b/ DPC pluriprofessionnelle/  | Formation pluriprofessionnelle  |

| DIMENSIONS/SOUS-DIMENSIONS  | CARACTÉRISATION DES NIVEAUX   |
|---|---|
| démarche d'amélioration de la qualité   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- fait partie du travail d'équipe</li> <li>- organisée régulièrement</li> <li>- problème identifié et partagé par l'équipe, objectif identifié</li> <li>- thème en lien avec prise en charge maladie chronique : <i>self-management</i>, gestion de la patientèle de la structure</li> </ul> <p>Démarche d'amélioration de la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implique l'ensemble de l'équipe</li> <li>- évaluation de ce qui est mis en œuvre</li> <li>- temps discussion des résultats en pluripro</li> <li>- mise en place action d'amélioration</li> <li>- recueil systématique des attentes des patients</li> <li>- patients impliqués dans les changements</li> </ul>     |
| 2c/ Réunions de concertation  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- pluriprofessionnelle</li> <li>- régulières, planifiées, organisées</li> <li>- compte rendu</li> <li>- actions claires à mettre en œuvre</li> <li>- désignations des responsables de la mise en œuvre</li> <li>- suivi des décisions</li> </ul>   |
| <b>Possibilité de faire appel à Gestionnaires/coordonnateurs de parcours pour les cas complexes</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- population cible précisément définie</li> <li>- niveau d'intégration du <i>care manager</i> à l'équipe de soins de premier recours</li> </ul>  |
| <b>Gérer les problèmes d'interface DONT :</b><br>- les situations de crise                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- annuaire des ressources</li> <li>- procédures protocolisées de la gestion de crise</li> <li>- liens formalisés avec les autres structures</li> <li>- suivi du patient par un appui dédié (coordonnateur)</li> <li>- alternatives à l'hospitalisation</li> <li>- accessible <i>via</i> un système d'information</li> </ul>  |
| ... coordination et continuité des soins avec les soins spécialisés                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- procédure explicite</li> <li>- élaborée en commun/intégration des spécialistes</li> <li>- rapidité de l'avis</li> <li>- communication avant et après (CR standardisé, volet médical)</li> </ul>  |
| ... coordination et continuité des soins avec le médico-social                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- possibilité d'alerter les services sociaux</li> <li>- procédures communes</li> <li>- intégration travailleur social</li> <li>- possibilité d'intervenir rapidement</li> </ul>  |
| Transition hôpital-domicile   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- professionnel dédié à l'organisation de la transition</li> <li>- évaluation de la situation, préparation et élaboration d'un plan de soins le plus tôt possible, à l'hôpital</li> <li>- visites régulières à domicile après la sortie avec contact tél entre les visites pendant quelques semaines après la sortie</li> <li>- continuité des soins entre hôpital et équipe de soins primaires</li> <li>- évaluation globale de tous les besoins du patient</li> <li>- implication du patient et de sa famille y compris dans éducation</li> <li>- reconnaissance des signes d'alerte et la conduite à tenir</li> <li>- approche multiprofessionnelle y compris le patient et sa famille</li> </ul> |

| DIMENSIONS/SOUS-DIMENSIONS   | CARACTÉRISATION DES NIVEAUX   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– collaboration médecin-infirmière</li> <li>– communication vers, entre et parmi le patient, sa famille et les professionnels de santé</li> </ul>  |
| <b>Systèmes d'information</b>  |   |
| Recueil des données structurées  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– structuration des données :</li> <li>– documents de synthèse avec contenu standardisé (CR volet médical de synthèse, volet de coordination) pour partage information</li> <li>– tableaux de bord partagés</li> <li>– PPS informatisé partageable</li> <li>– utilisation LAP certifié</li> <li>– partage information: messagerie sécurisée ; dossier médical partagé monoprofessionnel/pluriprofessionnel ; DMP</li> </ul>  |
| Indicateurs de pratique  |   |
| Autres fonctionnalités (SADM, partage de données, analyse de la population prise en charge par une structure de soins primaires en vue d'améliorer les soins et les résultats cliniques des patients de cette structure en adaptant l'offre de soins à cette population, et en développant la communication avec les patients) |   |
| <b>Autonomie des patients</b>  |   |
| 7a/ éducation thérapeutique  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– identification des besoins des patients</li> <li>– programme ETP autorisé par ARS</li> <li>– fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge</li> <li>– Processus permanent, adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; fait partie de la prise en charge à long terme</li> <li>– coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient</li> <li>– dispensée en routine par des professionnels de la structure</li> </ul> |
| 7b/ Soutien à l'autonomie  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– les besoins du patient sont identifiés</li> <li>– conseil interactif</li> <li>– professionnels de la structure formés</li> <li>– information spécifique adaptée à la situation du patient</li> <li>– groupes visites</li> <li>– retour des patients sur utilité de l'information apportée</li> </ul>   |
| <b>Accès aux services à la personne dans les domaines sociaux, de l'aide et des ressources communautaires</b>  |   |

## 5. Conclusion

La réalisation d'une matrice de maturité destinée aux équipes de soins de premier recours (maisons, pôles, réseaux et centres de santé) doit leur permettre de structurer l'organisation des soins de telle sorte qu'ils dispensent *a priori* aux patients une prise en charge globale, coordonnée et de qualité à travers différents services rendus :

- 1) Les patients bénéficient d'un suivi pluriprofessionnel coordonné.
- 2) Les patients à risque bénéficient d'un PPS intégrant les aspects médicaux et médico-sociaux.
- 3) Les patients ont accès à toutes les données relatives à leur PPS.
- 4) Les patients les plus complexes bénéficient d'une coordination d'appui.
- 5) Les patients bénéficient d'une prise en charge coordonnée avec les spécialistes et les plateaux techniques/d'un recours pertinent et organisé aux soins spécialisés et aux plateaux techniques.
- 6) Les patients bénéficient d'une organisation de leur sortie de l'hôpital coordonnée avec le domicile.
- 7) Les patients bénéficient d'un soutien à l'autonomie.
- 8) Les patients ont accès à des services communautaires/promotion de la santé.
- 9) Les patients bénéficient d'une prise en charge évaluée (notamment) en regard des données de la science.
- 10) Les patients bénéficient d'une gestion proactive de leur santé.
- 11) L'avis et l'expérience des patients sont pris en compte.

## Références

- 1-Instruction n° DGOS/PF3/2012/384 du 12 novembre 2012 relative au guide méthodologique relatif à la circulation, au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients. [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir\\_36122.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36122.pdf)
- 2-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(4):287-94.
- 3-Association française de normalisation (AFNOR), FD X 50-174:1998, Management de la qualité – Évaluation de l'efficacité d'un système de qualité. Saint-Denis La Plaine, ISSN 0335-3931 (septembre 1998)
- 4-Agency for Healthcare Research and Quality. Closing the quality Gap : revisiting the State of the science. The Patient-centered medical home. Rockville: AHRQ, 2012. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/gapcmh.htm>
- 5-Wagner EH, Austin BT, Von KM. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74(4):511-44.
- 6-Frei A, Chmiel C, Schlapfer H, Birnbaum B, Held U, Steurer J, *et al.* The Chronic CARE for diAbeTes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial. *Cardiovasc Diabetol* 2010;9:23.
- 7-Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(1):75-85.
- 8-American Academy of Pediatrics Ad Hoc Task Force on Definition of the Medical Home: The medical home. *Pediatrics* 1992;90(5):774.
- 9-*Institute of Medicine. Primary Care : America's Health in a New Era. Washington, DC: National Academies Press; 1996. In: Malouin RA. Measuring medical homes: tools to evaluate the pediatric patient- and family-centered medical home. American Academy of Pediatrics/National Center for Medical Home Implementation. March 2010.*
- 10-Patient-Centered Primary Care Collaborative. Benefits of implementing the Primary Care Patient-Centered Medical Home:a review of cost and quality results, 2012. Washington: PCPCC, 2012. [http://www.pcpcc.net/files/benefits\\_of\\_implementing\\_the\\_primary\\_care\\_pcmh.pdf](http://www.pcpcc.net/files/benefits_of_implementing_the_primary_care_pcmh.pdf)
- 11-Eriksson T, Siersma VD, Logstrup L, Buch MS, Elwyn G, Edwards A. Documenting organisational development in general practice using a group-based assessment method: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):e37.
- 12-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(6):e48.
- 13-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(1):8-21.
- 14-Kuch C, Elwyn G, Diel F, Pfaff H, Bekkers MJ. Self-assessment and quality development in primary care: results of the German pilot study using the International Maturity Matrix. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2010;104(8-9):682-90.
- 15-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(3):791-820.

- 16-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(4):173-80.
- 17-Malouin RA, Merten SL. *Measuring Medical Homes: Tools to Evaluate the Pediatric Patient and Family-Centered Medical*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, National Center for Medical Home Implementation, 2010. <http://www.medicalhomeinfo.org/downloads/pdfs/MonographFINAL3.29.10.pdf>
- 18-Burton RA, Devers KJ, Berenson RA. *Patient-Centered Medical Home Recognition Tools: A Comparison of Ten Surveys' Content and Operational Details*. Washington: Urban Institute for the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), 2012. <http://www.urban.org/publications/412338.html>
- 19-Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved outcomes associated with medical home implementation in pediatric primary care. *Pediatrics* 2009;124(1):358-64.
- 20-European Practice Assessment – EPA. Easy to use and scientifically developed quality management for general practice 2008/01/09, TOPAS-Europe. [http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11\\_0.pdf](http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11_0.pdf)
- 21-Haute Autorité de Santé. *Référentiel d'évaluation des centres de santé*. St Denis La Plaine : HAS ; 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_491246/referentiel-d-evaluation-des-centres-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_491246/referentiel-d-evaluation-des-centres-de-sante)
- 22-Agency for Healthcare Research and Quality. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*. Volume 7 — Care Coordination. Rockville: AHRQ, 2007. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/caregapt.htm>
- 23-Brown R. *The promise of care coordination. Models that Decrease Hospitalizations and Improve Outcomes for Medicare Beneficiaries with Chronic Illnesses*. A Report Commissioned by the National Coalition on Care Coordination. 2009. <http://www.nyam.org/social-work-leadership-institute/docs/N3C-Promise-of-Care-Coordination.pdf>
- 24-Øvretveit J. *Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 2: A detailed review of the evidence*. London :Health Foundation, 2011.
- 25-Agency for Healthcare Research and Quality. *Care Coordination Measures Atlas*. Rockville: AHRQ, 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/careatlas/>
- 26-North West London Integrated Care Pilot: Business Case. 2011. <http://www.northwestlondon.nhs.uk/>
- 27-Centers for Medicare & Medicaid Service. *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual – Initial Release*. 2011. <http://www.cms.hhs.gov/manuals>
- 28-Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, *et al*. *Transitions of Care Consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College Of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine*. *J Hosp Med* 2009;4(6):364-70.
- 39-Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. *The Performance Improvement Imperative Utilizing a Coordinated, Community-Based Approach to Enhance Care and Lower Costs for Chronically Ill Patients*. New York: CF, 2012. <http://www.commonwealthfund.org/About-Us/Commission-on-a-High-Performance-Health-System.aspx>



30-King's Fund. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? London: KF, 2010. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding-hospital-admissions>

31-Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avenir de l'assurance maladie. Les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012. [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avenir\\_assurance-maladie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avenir_assurance-maladie.pdf)

32-Institute for Healthcare Improvement. Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Compendium of 15 Promising Interventions. Cambridge: IHI, 2009. <http://www.ihp.org/knowledge/Pages/Changes/EffectiveInterventionstoReduceRehospitalizationsCompendium15PromisingInterventions.aspx>

33-Institute for Healthcare Improvement Chronic care model. Cambridge: IHI, 2011 <http://www.ihp.org/knowledge/Pages/Changes/ChangestoImproveChronicCare.aspx>

34-Johns Hopkins University. Literature Review: Evidence-Based Clinical Models for Multimorbid Patients Not Specific to a Multimorbidity Pattern. Hamilton: Center for Health Care Strategies, 2010. [http://www.chcs.org/usr\\_doc/Clinical\\_Opportunities\\_General\\_Models\\_121510.pdf](http://www.chcs.org/usr_doc/Clinical_Opportunities_General_Models_121510.pdf)

35-Boult C, Green AF, Boult LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's. "Retooling for an Aging America" Report. J Am Geriatr Soc 2009;57:2328-37.

36-Agency for Healthcare Research and Quality .Care coordination accountability measures for Primary Care Practice. Rockville: AHRQ, 2012. <http://www.ahrq.gov/qual/pcpaccountability/>

37-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.

## Annexe 1. Caractéristiques des matrices de maturité sélectionnées

| Matrices  | UK Maturity Matrix | IFP-MM *      | MHI in APC-FV **                        | Mc Coll PCMH-Assessment | Clinical Microsystem Assessment Tool | ACIC ***             |
|---|--------------------|---------------|---|-------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Nbre de dimensions                              | 11                 | 7             | 6                                       | 8                       | 10                                   | 7                    |
| Nbre de sous-dimensions                         | -                  | -             | 2 à 7                                   | 3 à 5                   | (-) à 3                              | 3 à 6                |
| Nbre de niveaux par dimension                   | 8                  | 6             | 4                                       | 4                       | 3                                    | 4                    |
| Nombre de sous-niveaux                          | -                  | -             | -                                       | 3                       | -                                    | 3                    |
| VALIDITÉ  | Partielle          | Partielle     | Oui, pour le seul Pediatric MHI (15,36) | -                       | -                                    | -                    |
| Validité. de construit Uni-, bi-, multivariée   | -                  | -             | Oui                                     | -                       | -                                    | Oui (15)             |
|   | -                  | -             | Uni-, bi-, multi-                       | -                       | -                                    | Oui                  |
| V. de contenu                                   | -                  | -             | Oui (experts seuls)                     | -                       | -                                    | -                    |
| V. de face                                      | Oui                | Oui           | Oui                                     | -                       | -                                    | -                    |
| FIABILITE                                       | -                  | Oui           | Oui                                     | -                       | -                                    | Oui                  |
| Fidélité interjuge                              | -                  | -             | Oui                                     | -                       | -                                    | -                    |
| Test-retest                                     | -                  | -             | -                                       | -                       | -                                    | -                    |
| Cohérence interne                               | -                  | -             | Oui                                     | -                       | -                                    | Oui (37)             |
| Validité convergente                            | -                  | -             | -                                       | -                       | -                                    | -                    |
| Faisabilité (étude(s) qualitative(s) à l'appui) | Oui                | Oui           | Oui                                     | Oui                     | Oui                                  | Oui                  |
| Modalités d'utilisation                         | Expérimentale      | Expérimentale | Accréditation PCMH                      | Accréditation PCMH      | -                                    | Expérimentale        |
| Durée de passation                              | Moyenne            | Très courte   | Moyenne (30-45min) ‡                    | Moyenne                 | Très courte                          | Courte (15-30 min) † |

\* International Family Practice Maturity Matrix ; \*\* Medical Home Index in Adult Primary Care - Full Version; \*\*\* Assessment of Chronic Illness Care ; ‡ Care coordination accountability measures for Primary Care Practice. AHRQ, January 2012 (36) ; †Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, et al. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*. 2002;37(3):791-820. (15)

## Annexe 2. Méthode d'ingénierie AFNOR<sup>12</sup>

- Terminologie :
  - critère d'évaluation : facteur clé de réussite d'un organisme (un critère est lié à un processus du système qualité et/ou une disposition décrite dans un référentiel qualité) ;
  - efficacité : aptitude à atteindre les effets préalablement définis et mesurables (lorsque l'efficacité comprend l'optimisation des ressources mises en œuvre, il convient d'utiliser le terme « efficacité ») ;
  - niveau de progrès : description de tout ou partie d'un système qualité, caractérisant son efficacité.
- Cinq niveaux de progrès (ou niveaux de maturité) sont proposés pour décrire la performance d'un système qualité (un niveau ne peut être atteint que si le niveau précédent est pleinement satisfait) :

| Niveaux de progrès                           | Description  |
|--|--|
| <b>Niveau 1 - fonctionnement de base</b>     | <p>« L'organisme fonctionne suivant ses propres règles de l'art » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pratiques mises en œuvre non systématiques, non formalisées ;</li> <li>- résultats dépendants des acteurs ;</li> <li>- mémoire de l'organisme et pérennité du savoir-faire sans dispositions préétablies et reposant sur les acteurs.</li> </ul>  |
| <b>Niveau 2 - défini, planifié, suivi</b>    | <p>« L'organisme a construit un système qualité » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- méthodes de travail, responsabilités et autorité définies et établies, connues de tous, à tous les niveaux de l'organisation (sans qu'il y ait adhésion de tous les acteurs), et appliquées, mais des déviations liées à certaines entités, fonctions ou certains acteurs sont possibles. Le travail est planifié et suivi ; les processus sont sous contrôle, les critères d'acceptation des produits et services sont définis, les ressources nécessaires sont allouées, les non-conformités sont identifiées, traitées et conduisent au déclenchement d'actions correctives.</li> </ul>  |
| <b>Niveau 3 - maîtrisé :</b>                 | <p>« L'organisme a identifié tous les processus utiles pour accomplir son métier, les a décrits dans son référentiel, les pilote (rebouclage à tous les niveaux), et les améliore progressivement (application du principe d'amélioration continue selon le cycle PDCA) » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objectifs de performance (qualité, coût et délai) définis, déployés au sein de l'organisme et assimilés par l'ensemble des acteurs : les résultats sont analysés et sont conformes aux objectifs. Le lancement des actions correctives (ou préventives) est généralement bien intégré. Néanmoins, certains dysfonctionnements, liés au suivi et à l'efficacité de ces actions correctives ou préventives, peuvent encore subsister. L'organisme a un système d'alerte (par mesure d'écarts) qui lui permet de réagir à tout événement.</li> </ul> |
| <b>Niveau 4 - optimisé</b>                   | <p>« L'organisme maîtrise le pilotage des processus en prenant en compte les contextes internes et externes (...), l'optimisation des ressources pour atteindre les effets attendus (efficacité) et la capitalisation des retours d'expériences » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats montrent un excellent équilibre entre les objectifs de performance (qualité, coût et délai) et les objectifs internes découlant de la politique générale de l'organisme.</li> </ul>   |
| <b>Niveau 5 - en amélioration permanente</b> | <p>« L'enjeu de l'organisme est de se maintenir au plus haut niveau dans le métier ou le domaine d'activité en définissant, planifiant et pilotant l'amélioration permanente à tous les niveaux de l'organisation, des processus et des ressources. »</p>  |

12 Op. cit. : Association française de normalisation (AFNOR) FD X 50-174 :1998, Management de la qualité – Évaluation de l'efficacité d'un système de qualité, ISSN 0335-3931 (septembre 1998). (3)

## Annexe 3. Méthode de recherche bibliographique

Les sources de données exploitées comprennent :

- la recherche documentaire « article 70 » ciblée sur le thème « coordination » dans la base de données Medline, limitée aux publications de fort niveau de preuve depuis janvier 2007 : 140 références pour les revues et méta-analyses, 120 pour les essais contrôlés randomisés obtenues à partir de l'équation initiale de recherche suivante : ("Disease Management"[Majr] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Majr] OR "Interdisciplinary Communication"[Majr] OR "Patient Care Team"[Majr] OR "integrated care" or "patient-centered medical home" Or "chronic care model" OR "integrated care model" OR "care transition" Or "care bundle" OR "integrated management model" OR "chronic disease model" OR "disease management" Or multidisciplinary OR "shared care" Or "joint working" Or "collaborative management" OR "care coordination" OR "coordinated care" Field: Title ) AND("Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] Or elderly Or Aged Field: Title) ;
- la littérature grise citée dans les références bibliographiques ci-dessus ou recueillie sur les sites Internet pertinents des agences de santé au niveau français et international et celle résultant de la veille bibliographique continue sur des revues scientifiques pertinentes sur le sujet ;
- les documents fournis par les experts (exemple : version 1 d'une matrice de maturité de la Fédération française des maisons et pôles de santé - FFMPs).

Les matrices et instruments d'évaluation recueillis ont été ensuite sélectionnés ou rejetés en fonction des critères suivants :

- 1) système de santé : soins primaires exclusivement ;
- 2) population d'application : professionnels de santé exerçant en soins primaires. les matrices consacrées à une seule catégorie professionnelle exerçant en soins primaires sont éligibles mais la priorité revient aux matrices applicables aux structures pluriprofessionnelles ;
- 3) population de patients : générale, exclusion des matrices spécifiques à une catégorie d'âge ou de patients (pédiatrie, gériatrie, pathologies particulières...) ;
- 4) forme : grille ou matrice comportant nécessairement des dimensions (*domains*) et, pour chacune d'entre elles, un nombre variable de niveaux de développement (ou de maturité) ;
- 5) contenu : matrices complètes, ce qui exclut de la cartographie les matrices dont l'accès au contenu est restreint, soit par son indisponibilité *via* Internet, soit par une facturation des droits d'accès – et sans réponse du producteur à une sollicitation d'envoi gracieux de sa matrice.

L'exclusion des instruments d'évaluation ne répondant pas aux critères n° 1 à n° 5 est argumentée en [annexe 5](#).

Les dimensions de chaque matrice ont été listées puis comparées les unes par rapport aux autres. *Idem* pour les niveaux de développement (ou de maturité).

## Annexe 4. Comparaison entre matrices et instruments d'accréditation

Tableau 1. Comparaison entre instruments d'évaluation de type « accréditation » ou « MM » aux États-Unis d'après Burton et al. (2012) (18)

| Dimensions                                      | Exemple de grille d'accréditation:<br>NCQA PCMH Standards 2011<br>(149 items) | Exemple de MM :<br>CMHI Medical Home Index in Adult Primary Care<br>(100 items) | Proportion d'items dévolus à la dimension (sur le nombre total d'items des instruments) calculée à partir de 10 instruments d'évaluation des PCMH :<br>(MÉDIANE) | Proportion d'items dévolus à la dimension calculée à partir de 10 instruments d'évaluation des PCMH :<br>(MOYENNE) |
|---|---|---|--|--|
| <i>Coordination of care</i>                     | 11%   | 8%  | 12 %   | 11 %   |
| <i>Health IT</i>                                | <u>40%</u>  | <u>4%</u>   | 10 %   | 15 %   |
| <i>Quality measurement</i>                      | 9%  | <u>2%</u>   | 8 %  | 7 %  |
| <i>Patient engagement &amp; self management</i> | 4%  | 5%  | 6 %  | 7 %  |
| <i>Presence of (written) policies</i>           | 5%  | 4%  | 5 %  | 8 %  |
| <i>Population management</i>                    | 5%  | 4%  | 4 %  | 5 %  |
| <i>Access to care</i>                           | 3%  | 3%  | 4 %  | 5 %  |
| <i>Quality improvement</i>                      | 5%  | <u>13%</u>  | 4 %  | 6 %  |
| <i>Care plan</i>                                | 6%  | 2%  | 4 %  | 4 %  |
| <i>Evidence-based care</i>                      | 2%  | 0%  | 4 %  | 4 %  |
| <i>Culturally competent communication</i>       | 3%  | 8%  | 3 %  | 4 %  |
| <i>Medical records</i>                          | 1%  | 2%  | 3 %  | 5 %  |
| <i>Comprehensiveness of care</i>                | 1%  | <u>0%</u>   | 2 %  | 4 %  |
| <i>Team based care</i>                          | 2%  | 2%  | 2%   | 3 %  |
| <i>Adheres to current law</i>                   | 0%  | 1%  | 2 %  | 2 %  |
| <i>Community resources</i>                      | 2%  | <u>13%</u>  | 1 %  | 3 %  |
| <i>Continuity of care</i>                       | 1%  | 1%  | 1 %  | 2 %  |
| <i>Standard care (non-PCMH)</i>                 | <u>0%</u>   | <u>28%</u>  | 0 %  | 4 %  |
| <i>Business practices</i>                       | 0%  | 0%  | 0 %  | 2 %  |
| <i>Compact between practice &amp; patient</i>   | Oui   | Non   | 0 %  | 0%   |

D'après *op.cit.* : Burton RA et al., Patient-centered medical home recognition tools: a comparison of ten surveys' content and operational details. Urban Institute for the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), march 2012.

Tableau 2. Comparaison entre instruments d'évaluation de structures en soins primaires en Europe : *European Practice Assessment (WOK/TOPAS-2008)* et Référentiel d'évaluation des Centres de Santé (HAS/RNOGCS-2007), instruments d'évaluation aux Etats-Unis (NCQA PCMH et CMHI – MHI)

| <b>DIMENSIONS</b>   | <b>European Practice Assessment - EPA</b><br>(199 items) | <b>Référentiel d'évaluation des Centres de Santé (HAS 2007)</b><br>(57 items) | <b>NCQA PCMH Standards 2011</b><br>(149 items) | <b>CMHI Medical Home Index in Adult Primary Care</b><br>(100 items) |
|---|--|---|--|---|
| Accessibilité de la structure et des soins, <i>gestion des urgences, continuité des soins, globalité de l'offre de soins</i>  | 11%  | 14%   | 5%   | 4%  |
| Système d'information, dossier médical  | 10%  | 11%   | 41%  | 6%  |
| Satisfaction patient, écoute, suivi et réponse aux plaintes, <i>accueil/attente/RDV, confidentialité, autogestion soins, responsabilisation patients, plan de soins</i> | 16%  | 18%   | 10%  | 7%  |
| Qualité de vie professionnelle de l'équipe (hors MG)  | 7%   | 2%  | 0%   | 0%  |
| Qualité de vie professionnelle des MG   | 5%   |   |  |   |
| Sécurité des soins et du matériel (produits de santé, informatique, <i>gestion des risques/ hygiène,...</i> )   | 16%  | 14%   |  |   |
| Management d'équipe, <u>travail en équipe</u>   | 5%   | 4%  | 2%   | 2%  |
| Formation de l'équipe   | 7%   | 2%  | 0%   | 0%  |
| Information des patients, <u>communication adaptée pour les patients ayant des difficultés de compréhension</u>   | 8%   | 7%  | 3%   | 8%  |
| Prévention, confidentialité   | 3%   | 2%  | 0%   | 0%  |
| Coordination, intégration loco-régionale, <u>santé publique, lien avec secteur médico-social</u>  | 4%   | 9%  | 18%  | 25%   |
| Comptabilité, budget, financement, <i>gestion des ressources</i>  | 3%   | 11%   | 0%   | 0%  |
| Amélioration de la qualité (démarches, évaluation,...), <u>indicateurs qualité, « politiques écrites », soins basés sur données EBM, respect lois en vigueur</u>        | 7%   | 9%  | 21%  | 20%   |
| Analyse des événements indésirables, action de prévention/récupération  | 3%   | 0%  | 0%   | 0%  |
| Pratique des soins "standard" (« <i>Standard care, non-PCMH</i> »)  | 0%   | 0%  | 0%   | 28%   |

NB : total par colonne différent de 100 % compte tenu des arrondis par dimension

## Annexe 5. Instruments d'évaluation des équipes en soins primaires, non retenus pour l'analyse des matrices

La principale matrice utilisée dans les PCMH américaines est celle réalisée en 2008 puis actualisée en 2011 par le *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) : le NCQA 2011 PCMH Standards, non validé actuellement (Burton 2012) (18). Elle est l'un des instruments le plus fréquemment utilisés par les PCMH dans leur démarche d'accréditation.

| Instruments d'évaluation   | Promoteur   | Champ   | Forme : matrice ou non (si forme matricielle, nbre de niveaux de maturité par dimension) | Professionnels de santé (PS) concernés | Sujets étudiés plus spécifiquement      | Possibilité d'accès au contenu de la grille | Validation (si positive : réf. biblio) |
|--|---|---|--|--|---|---|--|
| <b>NCQA 2011 PCMH Standards</b>  | NCQA  | Maisons de santé                                      | Non  | PS des maisons de santé                | Non                                     | Oui   | NC                                     |
| <b>Patient- and Family-Centered Care Organizational Self-Assessment Tool</b> | Institute for Healthcare Improvement & the National Initiative of Children's Healthcare Quality, in partnership with the Institute for Family-Centered Care | Hôpital   | Oui (5)  | NSP                                    | Enfants le plus souvent et leur famille | Oui   |  |
| <b>URAC PCHCH</b>  | URAC ( <a href="http://www.urac.org">www.urac.org</a> )   | Maisons de santé                                      | Non (0)  | PS des maisons de santé                | Non                                     | Oui   |  |
| <b>Family Practice Medication Use Processes Matrix</b>                       | Impact team<br><br>Barbara Farell ( <a href="mailto:bfarell@bruyere.org">bfarell@bruyere.org</a> )  | Soins primaires (uniquement prescription médicaments) | Non  | PS de soins primaires                  | Non                                     | Oui   |  |
| <b>Medical Home Care Coordination Measurement Tool</b>                       | Dr R. Antonelli (soutien du HRSA)   | Maisons de santé                                      | Non  | NSP                                    | NSP                                     | Oui   |  |
| <b>« TransforMED » Medical Home Implementation Quotient (MHIQ)</b>           | TransforMED ( <a href="http://www.transformed.com">www.transformed.com</a> )  | Maisons de santé                                      | NSP  | PS des maisons de santé                | NSP                                     | Non (accès payant)                          | Non (2010) <sup>13</sup>               |
| <b>AAAHC Medical Home Standards</b>  | AAAHC ( <a href="http://www.aaahc.org">www.aaahc.org</a> )  | Maisons de santé                                      | Non  | PS des maisons de santé                | Non                                     | Oui   |  |
| <b>The Joint Commission's Primary Care Medical Home</b>                      | Joint Commission ( <a href="http://www.jointcommission.org/jointcommission_primary">http://www.jointcommission.org/jointcommission_primary</a> )            | Maisons de santé                                      | Non  | PS des maisons de santé                | Non                                     | Oui   |  |

13 D'après rapport Malouin-Merten (2010) (17), *op. cit.*

| Instruments d'évaluation   | Promoteur   | Champ                                     | Forme : matrice ou non (si forme matricielle, nbre de niveaux de maturité par dimension) | Professionnels de santé (PS) concernés | Sujets étudiés plus spécifiquement | Possibilité d'accès au contenu de la grille | Validation (si positive : réf. biblio) |
|--|---|---|--|--|------------------------------------|---|--|
| option : self-assessment tool  | <a href="#">y_care_medical_home_self-assessment_tool</a>  |   |  |  |                                    |   |  |
| American Academy of Family Physicians' Patient-Centered Medical Home Checklist | <a href="http://www.aafp.org/online/en/home/membership/initiatives/pcmh.html">http://www.aafp.org/online/en/home/membership/initiatives/pcmh.html</a> | Maisons de santé                          | Non  | PS des maisons de santé                | Non                                | Oui   |  |
| Family-Centered Care Self assessment Tool- Family Version                      | Family voices<br>Cf. Atlas AHRQ 2009 Measure # 11a  | Soins primaires                           | Non  | Patients                               | Tous                               | Oui   | Non (2010)                             |
| Component of Primary Care Instrument (CPCI)                                    | Dr Susan A. Flocke (1996)   | Association de paiements, personnes âgées | Non  | Patients                               |                                    | Non   |  |
| Consumer Assessment of Healthcare providers and systems (CAHPS)                | Yale university, RAND, AHRQ   | PCMH pédiatrique                          | Non  | Patients                               |                                    | Non   | Oui                                    |
| European Practice Assessment (EPA)   | TOPAS Europe (2008)   | Cabinets de MG                            | Non  | MG                                     |                                    |   | Oui                                    |
| EUROPEP  | Centre for Quality of Care Research – WOK (2006)  | Cabinets de MG                            | Non  | Patients                               |                                    |   | Oui                                    |
| Matrice de maturité de la FFMPs  | Fédération française des maisons et pôles de santé  | Maisons de santé                          | Oui  | PS des maisons de santé                |                                    | Oui   | Non                                    |



## Annexe 6. Fiches Repères en lien avec les dimensions et sous-dimensions identifiées

| DIMENSIONS, SOUS-DIMENSIONS  | FICHES REPÈRES   |
|--|--|
| <p>Travail en équipe pluriprofessionnelle de premier recours</p> <p>Réunion de concertation</p> <p>Protocoles pluriprofessionnels/EBM</p> <p>Formation pluriprofessionnelle/DPC/démarche d'amélioration de la qualité</p>  | <p>13) Favoriser le travail en équipe pluri-professionnelle, la concertation et la coopération entre professionnels</p> <p>14) Élaborer et suivre des protocoles pluriprofessionnels</p> <p>15) Développer la formation pluriprofessionnelle</p> <p>21) Gérer les risques, assurer la sécurité du patient, gérer les EIG</p> |
| <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic de territoire, des ressources et des besoins selon une approche populationnelle</li> <li>- Intégration</li> </ul> <p>Pilotage du projet/Projet de santé</p> <p>Accès aux soins</p>  | <p>Gouvernance</p> <p>1/ Réaliser un diagnostic de territoire</p> <p>2/ Favoriser l'intégration des services et structures, afin de produire des soins intégrés en premier recours</p>   |
| <p>Repérage, évaluation, PPS</p> <p>Repérage des patients à risque</p> <p>Évaluer la situation (médico psychosociale) des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un plan de soins, un plan d'aide, voire un plan d'ETP</li> <li>- Mettre en œuvre le suivi en détectant les risques de rupture de prise en charge</li> <li>- Identifier les intervenants et le responsable de la coordination</li> </ul> | <p>3) Repérer les patients fragiles en soins de premier recours</p> <p>4) Réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS)</p> <p>5) Élaborer et suivre un plan personnalisé de soins (PPS) ; identifier les intervenants et le responsable de la coordination.</p>  |
| <p>Communiquer entre les PS et avec le patient</p>   | <p>6) Communication interactive et transfert d'information</p> <p>17) Utiliser la télémédecine</p>   |
| <p>Possibilité de faire appel à gestionnaires/coordonnateurs de parcours pour les cas complexes</p>  | <p>16) Utiliser des <i>case managers</i> pour les cas complexes</p>  |
| <p>Gérer les problèmes d'interface dont transition hôpital-domicile</p>  | <p>8) Gérer les interfaces soins primaires-secondaires grâce à des procédures communes</p> <p>9) Organiser la transition hôpital-ville. Quelles stratégies en intra-hospitalier et après la sortie ?</p> <p>10/ Transition en fin de vie</p> <p>11) Transition EHPAD-hôpital</p> <p>12) Réconciliation médicamenteuse</p>    |
| <p>Déployer des actions de soutien à l'autonomie et d'éducation des patients</p>   | <p>18) Développer les interventions de soutien à l'autonomie des patients et d'ETP</p> <p>20) Fiches d'information aux patients</p>  |
| <p>Favoriser l'accès aux services à la personne dans les domaines sociaux, de l'aide et des</p>  | <p>19) Utiliser les ressources communautaires, accompagner les patients par les pairs</p>  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ressources communautaires       |   |
| Systèmes d'information          | 7) Système d'information  |
| Recueil des données structurées | 7a) Structurer les données  |
| Indicateurs de pratique         | 7b) Suivi d'indicateurs de pratique clinique  |
| Autres fonctionnalités          | 7c) Autres fonctionnalités SI : alerte et rappel des patients, gestion de population, favoriser l'accès des cliniciens à des systèmes d'aide à la décision, partage d'information |

## Participants

Cette note de synthèse a été rédigée par les Drs Frédéric Villebrun, Florence Maréchaux et Michel Varroud-Vial, sous la responsabilité du Dr Rémy Bataillon, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, sous la direction de Mme Frédérique Pagès, responsable du service documentation et information des publics de la HAS.

## Remerciements

La HAS remercie les personnes suivantes pour leur contribution à la réflexion et les documents fournis :

Dr Isabelle Dupie, médecin généraliste, Paris ;

Dr Hector Falcoff, médecin généraliste, Paris ;

Dr Pierre de Haas, médecin généraliste, Pont -d'Ain ;

Dr Marianne Samuelson, médecin généraliste, Cherbourg-Octeville.

## Fiche descriptive

| Intitulé                     | Matrices de maturité en soins primaires<br>Note de synthèse  |
|------------------------------|--|
| Méthode de travail           | Analyse bibliographique  |
| Date de mise en ligne        |  |
| Date d'édition               | Janvier 2013   |
| Objectif(s)                  | <p>Cette note a vocation à servir de base à l'élaboration d'une matrice de maturité. Elle propose pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un état des lieux des matrices de maturité relatives aux regroupements pluridisciplinaires en soins primaires ;</li> <li>– une méthode d'élaboration ;</li> <li>– des données de cadrage (dimensions et éléments de caractérisation des niveaux de progrès) issues d'une analyse de la littérature et des matrices de maturité existantes.</li> </ul> |
| Professionnel(s) concerné(s) | Équipes de soins de premier recours  |
| Pilotage du projet           | Coordination : Dr Rémy Bataillon, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS   |
| Recherche documentaire       | La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, sous la direction de Mme Frédérique Pagès, responsable du Service documentation et information des publics de la HAS   |
| Auteurs                      | Drs Frédéric Villebrun, Florence Maréchaux et Michel Varroud-Vial, chefs de projet du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS   |
| Validation                   | Validation par le Collège de la HAS en décembre 2012   |







Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)