

Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé

Guide d'utilisation

Janvier 2015

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

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

Comment la grille est-elle structurée ?	4
Comment utiliser la grille ?	5
Dimensions avec les outils et publications en lien	7
Axe 1 – Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients	7
Dimension 1 - Aider au repérage des personnes en difficultés	7
Dimension 2 - Aider à l'évaluation multidimensionnelle des personnes	7
Dimension 3 - Aider à planifier, suivre et réévaluer les interventions du Plan Personnalisé de Santé (PPS)	8
Dimension 4 - Orienter vers une assistance au parcours de santé adaptée en cas de situation complexe	9
Dimension 5 - Aider à prévenir les réhospitalisations évitables	9
Dimension 6 - Aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique du patient (ETP)	10
Dimension 7 - Aider à garantir l'accès aux soins et aux prestations	10
Dimension 8 - Aider à assurer la continuité entre les soins primaires et les recours spécialisés	11
Dimension 9 - Aider à prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants	11
Axe 2 – Aide à l'organisation du travail pluridimensionnel et à l'animation territoriale	12
Dimension 10 - Aider à élaborer et à suivre des protocoles pluriprofessionnels	12
Dimension 11 - Appuyer les initiatives d'amélioration des pratiques et des organisations	12
Dimension 12 - Soutenir les actions de prévention et promotion de la santé	13
Dimension 13 - Aider à développer la culture de sécurité au niveau du territoire	13
Dimension 14 - Participer au guichet intégré	14
Dimension 15 - Partager l'information au niveau du territoire	14
Dimension 16 - Effectuer des retours d'informations à la gouvernance territoriale	15
Dimension 17 - Prendre en compte les avis de la population	15
Axe 3 – Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions	16
Dimension 18 - Travailler au plus près des organisations de soins primaires	16
Dimension 19 - Organiser les ressources pour le management du réseau	16
Dimension 20 - Assurer la sécurité des actions du réseau	17
Dimension 21 - Choisir et utiliser un système d'information approprié	18

Cette grille a pour objectif d'aider les réseaux à auto-évaluer leurs pratiques et leur organisation, de façon à améliorer leur impact sur la prise en charge des patients. Elle peut également être utilisée par les structures et les plates-formes d'appui qui se mettent en place, en s'appuyant sur des dynamiques locales et qui peuvent être différentes des réseaux.

L'orientation retenue est d'inscrire le réseau ou la plate-forme d'appui dans une dynamique d'organisation de la santé et de responsabilité populationnelle sur le ou les territoires où il exerce :

- en partant des besoins du territoire, en vérifiant comment ils ou elles sont remplis et en considérant comment le réseau peut y répondre en coopération avec les autres acteurs ;
- en exprimant dans les dimensions des éléments incontournables qui conditionnent l'efficacité des dispositifs d'appui¹.

Comment la grille est-elle structurée ?

Cette grille d'auto-évaluation se compose de :

→ Trois axes déclinés en dimensions

Axe 1. Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients, centré sur la prise en charge patients :
▶ 9 dimensions.

Axe 2. Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale, centré sur l'ingénierie du territoire :
▶ 8 dimensions.

Axe 3. Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions, centré sur le fonctionnement des structures d'appui :
▶ 4 dimensions.

→ **Vingt et une dimensions** retenues en raison d'un impact démontré dans la littérature sur la qualité des soins ou de l'importance que les acteurs concernés leur accordent. Elles traduisent la capacité a priori des organisations à délivrer des soins de qualité.

→ **Cinq caractéristiques de progression** identifiées pour chacune des dimensions retenues. Elles correspondent à des niveaux de structuration/de performance de ces dimensions. Elles sont soit, lorsque cela est paru possible, organisées dans un ordre dessinant une démarche logique de progression, soit, le plus souvent, citées sans ordre de progression : c'est alors à chaque réseau de santé de déterminer la manière dont il souhaite organiser sa démarche de progression.

1. Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Comment utiliser la grille ?

Dans le cadre de la démarche qualité, le réseau de santé réalise, tous les ans par exemple, l'auto-évaluation de son organisation, pour à la fois acter les progrès réalisés et identifier de nouveaux objectifs de progression.

1. Un COPIL *ad hoc*, représentatif du réseau et de ses partenaires professionnels et usagers, est mis en place.
2. L'assistance d'un tiers facilitateur est obtenue.
3. L'évaluation doit en principe porter sur toutes les dimensions. Cependant, si certaines dimensions ne paraissent pas pertinentes, le COPIL choisit avec le réseau les dimensions à analyser en priorité la première année.
4. Pour une dimension donnée :
 - le réseau et ses partenaires, avec l'aide du tiers facilitateur, pointent les caractéristiques et actions mises en œuvre d'après eux dans le territoire ;
 - puis ils examinent la façon dont le réseau participe ou ne participe pas à cette mise en œuvre.
5. Sur cette base, le réseau et ses partenaires définissent les objectifs de progression à atteindre au cours de l'année à venir. Ces objectifs peuvent recouper ceux des années précédentes en les renforçant. Pour cela, il détermine, parmi les caractéristiques qui n'ont pas encore été intégrées dans sa façon de travailler, la (les)quelle(s) pourrait(ent) être envisagée(s), c'est-à-dire la (les)quelle(s) sont :
 - simples ;
 - faisables à court terme ;
 - acceptées par le réseau et ses partenaires.

Pour définir ces objectifs et leur contenu, il est conseillé de s'appuyer sur les réalisations et projets mis en œuvre par d'autres réseaux de santé et structures d'appui dans la région ou dans d'autres régions.

Dans la grille d'auto-évaluation et dans ce guide, le terme d'« acteur » désigne les professionnels de sanitaire, du médico-social et du social, ainsi que les aidants naturels ou informels.

Modalités de remplissage de la grille : exemple de la dimension n° 9 - Aider à prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants.

- À l'occasion de son auto-évaluation, le réseau est informé par différents partenaires que les aidants se plaignent d'avoir peu accès à des aides sur le territoire.
- Après discussion, il s'avère qu'il existe des prestations sur le territoire en direction des aidants, mais que les besoins des aidants n'ont pas été analysés et que l'information sur l'existant n'est pas relayée au public, et notamment aux aidants.
- Le réseau ne s'est pas préoccupé de ce problème jusqu'à présent.
- En collaboration avec ses partenaires, il prévoit d'analyser les besoins des aidants et d'élaborer une notice d'information sur l'offre d'appuis aux aidants, qui sera mise à la disposition dans les CCAS, auprès des référents APA du conseil général, des professionnels de soins primaires (médecins, pharmaciens, SSIAD, etc.).
- Ces constats et objectifs sont signalés à la gouvernance.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
<p>Les besoins des aidants sont analysés avec les acteurs du territoire.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas fait</p> <p><input type="checkbox"/> Fait en partie</p> <p><input type="checkbox"/> Fait</p>				À la demande des aidants, une analyse des besoins des aidants va être réalisée par le réseau en lien avec la délégation locale de l'Association française des aidants.
<p>Cette analyse débouche sur la mise en place de prestations d'aides aux aidants, dont une consultation annuelle proposée aux aidants des personnes atteintes de pathologies lourdes ou handicapantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Pas fait</p> <p><input type="checkbox"/> Fait en partie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fait</p>	<input checked="" type="checkbox"/>			Des prestations d'appui existent déjà, à l'initiative des associations d'aidants. Le réseau va diffuser cette information.
<p>Une information sur les prestations disponibles est organisée auprès de la population.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas fait</p> <p><input type="checkbox"/> Fait en partie</p> <p><input type="checkbox"/> Fait</p>				Le réseau va initier, en lien avec les organisations professionnelles et les institutions, une communication sur l'existant dans des lieux pertinents : CCAS, CLIC, MDPH, pharmacies, cabinets de médecine générale, etc.
<p>L'offre d'aides aux aidants fait l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire et d'aménagements si nécessaire.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas fait</p> <p><input type="checkbox"/> Fait en partie</p> <p><input type="checkbox"/> Fait</p>				Objectif non prioritaire.
<p>Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés pour aider les acteurs du territoire à repérer et prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas fait</p> <p><input type="checkbox"/> Fait en partie</p> <p><input type="checkbox"/> Fait</p>				Le réseau va organiser, en collaboration avec d'autres acteurs, une formation sur le repérage du risque d'épuisement de l'aidant.

Dimensions avec les outils et publications en lien

Axe 1 – Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients

Dimension 1 – Aider au repérage des personnes en difficultés

Le repérage ne vise pas à écarter les patients de prestations auxquelles ils pourraient prétendre, mais à personnaliser les prises en charge, de façon à procurer le juste soin au bon moment à la bonne personne : la faisabilité et le succès de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques supposent de choisir les interventions appropriées aux risques et aux besoins de chaque patient.

Ceci nécessite de repérer les personnes en difficultés et d'identifier leurs risques afin de pouvoir engager le travail coordonné de plusieurs professionnels pour réduire ces risques.

Une diversité de situations et pathologies peut être concernée par le repérage : les patients âgés fragiles, les personnes à risque d'hospitalisation ou de réhospitalisation, les femmes enceintes à risque de diabète gestationnel, les enfants souffrant de troubles des apprentissages, etc.

Des choix de repérage prioritaire doivent être faits sur le territoire en fonction de l'épidémiologie, des besoins exprimés et des projets en cours. Le repérage n'a en effet d'intérêt que s'il est suivi d'une orientation et d'un suivi concertés.

Il est souhaitable que les acteurs s'accordent sur les outils et référentiels de repérage à utiliser, afin d'harmoniser leurs actions.

La HAS a publié plusieurs outils de repérage : un questionnaire de repérage de la fragilité en ambulatoire, un questionnaire d'aide au repérage des personnes âgées dont la situation nécessite d'élaborer un Plan Personnalisé de Santé (PPS), un questionnaire de repérage des patients à risque d'événements indésirables liés au médicament, une grille de repérage des risques de réhospitalisation.

Ces outils font appel à l'avis du médecin traitant, qui est l'élément décisif pour décider d'initier la démarche.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013.
- Haute Autorité de Santé. [Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des personnes de plus de 75 ans](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé. [Fiche points clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- *Check-list* de sortie d'hospitalisation (à venir).

Dimension 2 – Aider à l'évaluation multidimensionnelle des personnes

L'évaluation multidimensionnelle concerne les personnes âgées, mais aussi celles en situation de handicap, en raison d'une maladie neuro-dégénérative par exemple.

Cette évaluation doit répondre à plusieurs conditions pour être efficace : être réalisée par des professionnels formés, mobiliser plusieurs acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux utilisant un outil commun et partageant leurs expertises, être complète avec notamment un examen clinique de la personne, inclure une évaluation du domicile, déboucher sur des interventions suivies pendant une durée minimum de 6 mois.

Les réseaux, notamment gérontologiques et neurologiques, peuvent intervenir de façon ponctuelle, à la demande du médecin traitant, pour réaliser cette évaluation.

Il est indispensable que l'outil d'évaluation soit commun à tous les professionnels et organisations du territoire pour une population donnée, afin d'éviter la répétition des évaluations pour une même personne.

Les résultats de l'évaluation doivent être adressés au médecin traitant sous forme synthétique, avec des préconisations pour la prise en charge. Ils doivent également être rendus disponibles aux autres structures d'appui sanitaires et sociales, s'ils sont sollicités par le patient ou son médecin traitant. Ces résultats peuvent être utilisés dans une concertation pluriprofessionnelle en vue de l'élaboration d'un PPS.

Le transfert de savoirs et savoir-faire aux professionnels pour qu'ils puissent réaliser eux-mêmes ou participer à cette évaluation est un enjeu important.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?](#). Saint-Denis La Plaine, 2013 :
 - ▶ [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours »](#).
 - ▶ [Note méthodologique et de synthèse documentaire](#).

Dimension 3 – Aider à planifier, suivre et réévaluer les interventions du Plan Personnalisé de Santé (PPS)

L'élaboration et le suivi d'un PPS sont recommandés pour les patients âgés, dont la situation réclame l'intervention de plusieurs acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux.

Ceci est l'occasion d'une concertation entre professionnels, afin de prioriser et de planifier les interventions de soins et d'aides nécessaires, en tenant compte de l'avis du patient. Les réunions de concertation entre professionnels font partie des outils du travail en équipe. Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles prévoit l'organisation d'une concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé sur les dossiers des cas complexes, pour lesquels l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficacité. L'outil proposé par la HAS pour faciliter la concertation autour des problèmes de la personne est la « *check-list de concertation* ».

Dans la majorité des cas, la concertation, l'élaboration et le suivi d'un PPS sont du ressort des professionnels de soins primaires, et l'un d'entre eux, légitimement le médecin traitant, est désigné comme le référent du PPS. Les fonctions de ce référent sont d'animer la concertation entre professionnels, de planifier les interventions de soins et d'aide, de s'assurer de l'accord du patient sur ces interventions, de suivre l'effectivité du PPS et de superviser sa réévaluation.

Cependant, dans les cas les plus complexes, en particulier en raison de l'intrication de problèmes sanitaires et sociaux, l'appui d'un réseau de santé peut être sollicité. Cet appui peut intervenir à différents niveaux : aider à l'évaluation de la personne, aider à l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle, assurer la fonction de référent du PPS à la demande du médecin traitant.

Il est souhaitable que les critères, selon lesquels l'aide d'un réseau est sollicité et le rôle de référent du PPS délégué à un réseau de santé, soient déterminés de façon partagée par les acteurs du territoire.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Mode d'emploi du plan personnalisé de santé \(PPS\) pour les personnes à risque de perte d'autonomie \(PAERPA\)](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- [Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité](#) | Legifrance.
- Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DK. [Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success](#). London: King's Fund. 2013.

Dimension 4 – Orienter vers une assistance au parcours de santé adaptée en cas de situation complexe

Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause le parcours d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Elle nécessite en général l'intervention de plusieurs professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux et des démarches dans ces différents secteurs.

L'assistance au parcours de santé peut être définie comme une démarche collaborative d'évaluation, de planification, de facilitation, de coordination des soins, de réévaluation et de défense des intérêts d'un patient, afin de répondre à l'ensemble de ses besoins.

Plusieurs facteurs conditionnent son efficacité : un ciblage approprié sur les patients en situation complexe, un retour régulier d'information au médecin traitant, sa réalisation par des professionnels formés, l'accompagnement des transitions hôpital-domicile lorsque la situation des personnes le nécessite.

Cette assistance est assurée pendant un temps déterminé, et prend fin lorsque la situation est devenue moins complexe.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Ross S, Curry N, Goodwin N. [Case management. What it is and how it can best be implemented](#). London: King's Fund. 2011.
- Case Management Society of America. [Standards of practice for case management](#). Little Rock: CMSA; 2010.

Dimension 5 – Aider à prévenir les réhospitalisations évitables

L'organisation de la transition hôpital-ville désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations non programmées. On entend ici le retour sur le lieu de vie, quel qu'il soit : domicile, EHPAD, établissements pour personnes handicapées, hébergement temporaire, etc.

Le repérage des populations et situations, qui doivent bénéficier de cette organisation, est une étape indispensable, devant être réalisée le plus tôt possible après l'entrée. Il est souhaitable que les outils et référentiels utilisés soient communs aux différents acteurs, hospitaliers comme libéraux.

Les programmes de transition hôpital-domicile se déroulent en trois temps : pendant l'hospitalisation, lors de la sortie (avec remise au patient d'un document de sortie le jour même de la sortie) et après le retour à domicile, généralement entre 30 et 90 jours, parfois plus.

La contribution des réseaux peut s'exercer lors d'une ou plusieurs de ces trois étapes : après le retour au domicile, elle peut prendre la forme d'une « assistance au parcours », limitée dans le temps, qui permet d'identifier les besoins dans le contexte de la vie à domicile et de superviser le parcours de la personne.

Il est conseillé de formaliser la coopération entre réseaux et établissement de soins, par des conventions précisant leurs actions et responsabilités respectives.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013.
- Purdy S. [Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say?](#) London: King's Fund 2010.
- Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S *et al.* Transitional Care Interventions Prevent Hospital Readmissions for Adults With Chronic Illnesses. *Health Affairs*, 33, n° 9 (2014) : 1531-1539.

Dimension 6 – Aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique du patient ETP

L'implication des patients est une des principales conditions de la réussite des parcours de santé. Elle s'exerce à travers l'information des patients et, le cas échéant, des propositions d'éducation thérapeutique (ETP). L'ETP vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, grâce à l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, dont certaines sont indispensables à leur sécurité. Elle s'adresse aussi à l'entourage.

L'élaboration d'un plan d'action est proposée comme le moyen d'un développement de l'ETP concerté entre l'hôpital et la ville et d'une réponse adaptée aux besoins identifiés.

Favoriser le partage des outils d'éducation et le transfert de savoirs et de savoir-faire aux professionnels sont des enjeux majeurs de l'intervention des réseaux dans ce domaine.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. [Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques](#). 2007.
- [Page HAS dédiée à l'ETP](#).
- Helping people help themselves. [A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management](#). London: The Health Foundation; 2011.

Dimension 7 – Aider à garantir l'accès aux soins et aux prestations

L'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir les soins nécessaires au bon moment (OMS).

Il est ici considéré selon une vision large qui ne limite ni aux horaires d'ouverture des lieux de soins, ni aux difficultés d'accès à ces lieux, ni aux difficultés financières, etc.

L'élaboration d'un plan d'action, auquel peuvent contribuer les réseaux, est suggérée pour répondre aux difficultés identifiées d'accès aux soins et aux prestations.

Une attention particulière doit être portée aux personnes les plus vulnérables : personnes âgées, personnes en situation de handicap, publics rencontrant des difficultés d'accès aux soins en raison de barrières linguistiques/culturelles, etc.

Pour en savoir plus :

- Lot F, Aina E, Bello P-Y, Morel B, Schwoebel V. [Numéro thématique – Santé et recours aux soins des migrants en France](#). BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 13-51.
- Aina E, Veisse A. [Repère sur la santé des migrants. La Santé de l'homme](#), 2007, n° 392, p. 21-24.
- Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. [Groupe de travail « Santé et accès aux soins » - Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins](#). Novembre 2012.

Dimension 8 – Aider à assurer la continuité entre les soins primaires² et les recours spécialisés

La continuité des soins est définie comme la capacité des organisations à délivrer les soins appropriés au bon moment (OMS). C'est une dimension de la qualité des soins articulée avec la coordination des soins, et liée à la construction de relations de confiance entre soignants et soignées.

La formalisation au niveau du territoire d'un accord pluriprofessionnel sur les procédures de recours et de communication, sur les rôles et les responsabilités de chacun, est une intervention proposée pour favoriser cette continuité.

Une responsabilité particulière des réseaux régionaux est de faciliter l'accès aux recours spécialisés sanitaires, mais aussi sociaux et médico-sociaux : spécialistes d'organes, centres de référence, évaluations spécialisées comme celles des ergothérapeutes, MDPH, etc.

Il est souhaitable d'organiser une procédure pour permettre aux usagers de signaler leurs difficultés en matière de recours aux soins spécialisés.

Pour en savoir plus :

- Agency for Healthcare Research and Quality. [Coordinating care in the Medical Neighborhood: Critical Components and Available Mechanisms White Paper](#). Rockville : AHRQ ; 2011.
- Imison C, Naylor C. [Referral Management. Lessons for success](#). London: The King's Fund; 2010.

Dimension 9 – Aider à prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants³

Les aidants naturels ou informels, très impliqués dans l'accompagnement d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, peuvent être victimes d'épuisement, et négliger progressivement leur propre état de santé. Les aidants, particulièrement ceux de personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative, ont ainsi une très forte morbi-mortalité, souvent sous-estimée par eux-mêmes et par les professionnels.

Ils peuvent aussi glisser de façon insidieuse vers la maltraitance envers la personne aidée.

Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière (consultation annuelle dédiée à leur état de santé, réitérée si besoin), et des prestations spécifiques doivent leur être proposées : groupes de soutien, support téléphonique ou par internet, structures de répit, informations, etc.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [RBP - Maladie d'alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels](#). 2011.
- Association Française des Aidants. [La santé des aidants. Parlons-en](#). Dépliant. Paris : AFA ; date inconnue.
- Agence de la Santé et des Services Sociaux de Laval (Québec), Association Lavalloise des Personnes Aidantes. [Prendre soin de soi...tout en prenant soin de l'autre. Se connaître comme personne aidante](#). Laval : ALPA ; 2008.
- Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. [RBPP - Le soutien des aidants non professionnels](#). Saint-Denis : ANESM ; 2015.

2. Selon l'OMS (Déclaration d'Alma-Ata en 1978), les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation, et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.

3. Les aidants, naturels ou informels, sont des personnes qui consacrent une part importante de leur temps personnel à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Axe 2 – Aide à l'organisation du travail pluridimensionnel et à l'animation territoriale

Dimension 10 – Aider à élaborer et à suivre des protocoles pluriprofessionnels

Certaines situations problématiques (difficultés des professionnels, besoins populationnels non satisfaits, etc.) nécessitent d'explicitier le « qui fait quoi », pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. Pour cela, l'enjeu est de favoriser les rencontres entre les acteurs sur le territoire autour de l'analyse de ces situations et de l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels.

Les points-clés de ces protocoles sont : une construction fondée sur les preuves, une élaboration et un développement par les acteurs locaux en tenant compte des ressources disponibles, la caractérisation des rôles professionnels (ce qui peut aboutir à l'extension des rôles de certains professionnels au sein d'une équipe), un déroulement progressif et séquencé des activités dans le temps, la coordination des acteurs, un suivi de la mise en œuvre des protocoles.

Ces protocoles sont considérés comme des outils essentiels d'apprentissage, à la fois au niveau individuel et des organisations.

La HAS a mis en place un centre de ressources auquel les organisations de soins primaires et les réseaux de santé peuvent poser des questions sur les éléments de littérature scientifique disponibles, pour élaborer ces protocoles ([boîte contact : centrederesources@has-sante.fr](mailto:centrederesources@has-sante.fr)).

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et suivre des protocoles pluriprofessionnels ? En cours.
- Snowden H., Marriott S. [Developing a local shared care protocol for managing people with psychotic illness in primary care](#). Psychiatric Bulletin 01/2003; 27(7) : 261-266.

Dimension 11 – Appuyer les initiatives d'amélioration des pratiques et des organisations

L'explosion du nombre de malades chroniques, souvent atteints de plusieurs pathologies et nécessitant l'intervention d'acteurs multiples, nécessite l'adoption de nouvelles modalités de travail par les professionnels de santé. La transformation des pratiques et des organisations de soins primaires privilégie le développement de structures d'exercice regroupé, telles les maisons de santé et pôles de santé pluriprofessionnelles.

Ces structures sont appelées à s'engager dans des démarches qualité qui reposent notamment sur :

- l'auto-analyse de leurs pratiques et organisations en vue de les améliorer ;
- la mobilisation des leaders⁴ professionnels et des représentants d'usagers ;
- la diffusion des initiatives réussies ;
- des réunions de partage d'expériences, présentiels ou virtuelles.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé. [Matrice de maturité en soins primaires](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé - [Mobiliser les acteurs pour déployer les parcours sur le terrain](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

4. Un leader est une personne dont la légitimité, reconnue de tous, permet d'influencer et fédérer un groupe autour d'un objectif commun.

Dimension 12 – Soutenir les actions de prévention et promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'accroître leur contrôle sur les déterminants de santé, d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé (Charte d'Ottawa, 1986).

Les actions de promotion de la santé et de prévention sont inséparables. Elles concernent plus largement toutes les actions collectives portant sur les déterminants de santé. Leur succès suppose des stratégies partagées, élaborées avec les acteurs locaux et reliées aux pratiques de terrain.

De nombreux acteurs peuvent être le support de ces actions, de façon variable, selon les territoires : les unions professionnelles, les ateliers santé-ville, les espaces 3^e âge, les PMI, les espaces santé jeune, les maisons des adolescents, les associations de santé communautaire, etc.

L'utilisation de sites web, qui peuvent être partagées par plusieurs territoires, peut être un moyen de diffusion des actions et informations (ex : cf. <http://www.rmlb.be/home>).

Des outils d'amélioration de la qualité sont disponibles dans ce domaine (INPES).

Pour en savoir plus :

- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. [Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé](#). Saint-Denis INPES. 2009.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publicque_05_Sante_communautaire.pdf.

Dimension 13 – Aider à développer la culture de sécurité au niveau du territoire

La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondés sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être dus aux soins.

Il existe un lien entre les perceptions des professionnels et la fréquence de signalement des événements indésirables associés aux soins (EIAS). La définition d'un EIAS est « [Un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau](#) » (HAS 2014).

Son signalement est la première étape pour aboutir à sa correction avant qu'il ait nui au patient. Une charte d'incitation à la déclaration peut être proposée dans ce but.

Ceci implique aussi une démarche collective : la démarche de sécurité nécessite de se rencontrer.

Il est attendu des réseaux qu'ils accompagnent les professionnels de soins primaires dans cette démarche à travers l'organisation de réunions de retour d'expériences (REX). L'approche a posteriori du type RMM (s'interroger sur ce qui s'est mal passé) doit être complétée par une approche *a priori* (anticiper la survenue d'EIAS en se demandant ce qui pourrait mal se passer). Sur cette base, peuvent être organisées des actions correctrices ou préventives simples, par étapes.

Dans ce cadre, le repérage et la prévention du risque d'événements indésirables liés aux médicaments est un enjeu important : ceci s'adresse en première intention aux patients âgés polymédicamentés. Une démarche pluriprofessionnelle est indispensable, impliquant les pharmaciens, les médecins, les infirmiers, les aides à domicile, les établissements de santé, etc. Le repérage doit être suivi de la mise en place d'alertes permettant de gérer les situations à risque.

Les réseaux peuvent s'inspirer de l'expérience des organismes agréés pour l'accréditation des médecins, et coopérer avec un organisme agréé de DPC autour de la méthode de DPC « [Gestion des risques en équipe médicale](#) ».

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Sécurité du patient « Gérer les risques » - Événement indésirable associé aux soins hors établissement](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé. [Culture de sécurité des soins : du concept à la pratique](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2010.
- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?](#) Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé - [RMM & démarche d'évaluation des pratiques](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2009.
- Haute Autorité de Santé - [Méthode de DPC – Fiche gestion des risques en équipe médicale](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Dimension 14 – Participer au guichet intégré

Le guichet intégré peut être organisé au niveau départemental ou territorial, sous la supervision de l'ARS et du Conseil général. Il peut être porté par un ou plusieurs acteurs, dont des réseaux de santé. L'ensemble des structures d'appui sanitaires, sociales et médico-sociales doivent être invitées à y participer. Ses fonctions sont d'activer les appuis sociaux et médico-sociaux, et de donner accès en temps utile aux expertises appropriées.

Un guichet intégré ne se définit pas comme une structure unique, mais par l'utilisation de référentiels et d'outils communs par différents acteurs pour :

- connaître les missions et capacités de chaque acteur ;
- analyser les demandes des patients et des professionnels ;
- les orienter de façon appropriée.

C'est l'élaboration et l'actualisation de ces outils et référentiels qui permettent de construire et de faire vivre le guichet.

Ainsi, un guichet « intégré » peut comprendre plusieurs portes d'entrée, mais les informations et l'orientation sont les mêmes quelle que soit la porte d'entrée à laquelle s'adresse la personne.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- De Stampa M, Vedel I, Trouvé H, Jean OS, Ankri J, Somme D. Intégration des services : obstacles et facteurs facilitant leur implantation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013 ; 61(2) :145-53.
- De Stampa M., Vedel I., De Montgolfier S. *et al.* Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées. *Santé publique*, vol. 25 n° 1, 2013-01, pp. 7-14.

Dimension 15 – Partager l'information au niveau du territoire

Le partage en temps utiles des données nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins peut être favorisé par l'utilisation des documents de synthèse dématérialisés : « [Volet Médical de Synthèse](#) »⁵, « [Dossier de Liaison Urgence](#) »⁶, « [Document de sortie d'hospitalisation](#) », etc. Ces documents peuvent être transmis par « [Messagerie Sécurisée de Santé](#) »⁷ ou déposés dans le « [Dossier Médical Personnel](#) ».

Les réseaux de santé peuvent contribuer à développer l'utilisation de ces outils par les professionnels de santé de ville et les établissements de santé, particulièrement lors des transitions.

Pour en savoir plus :

- ASIP Santé, Haute Autorité de Santé. [Volet de Synthèse Médicale](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013.
- Haute Autorité de Santé. [Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Circulaire de la Direction Générale de la Coordination Sociale. [Annexe III Mise en place d'un Dossier de Liaison Urgence dans les EHPAD Juillet 2010](#).

5. Il s'agit d'une fiche de synthèse informatisée contenant des renseignements administratifs et cliniques, les traitements au long cours et les points de vigilance relatifs à un patient. Ce document est déposé dans le DMP.

6. Le « Dossier de Liaison d'Urgence » est un document synthétique pour une prise en charge optimale médicale et en soins d'un résident en EHPAD pour tout médecin intervenant dans l'EHPAD ou aux urgences hospitalières.

7. <http://esante.gouv.fr/mssante>

Dimension 16 – Effectuer des retours d'informations à la gouvernance territoriale

Les retours réguliers d'informations à la gouvernance sur les difficultés rencontrées et les besoins non satisfaits sont un moyen important d'entretenir la dynamique d'intégration territoriale. À ce titre, c'est une des missions attribuées aux gestionnaires de cas des MAIA.

Ces retours peuvent être étendus aux initiatives réussies, afin de pouvoir les valoriser et s'appuyer sur elles pour soutenir l'amélioration des pratiques et des organisations.

La généralisation de cette mission à l'ensemble des structures d'appui vise à amplifier cette dynamique et à combler les besoins non satisfaits.

Ce retour doit être effectué au fur et à mesure des activités du réseau, en temps réel par rapport aux constats qui sont réalisés, sans se confondre avec le rapport annuel d'activité du réseau.

Pour en savoir plus :

→ Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Dimension 17 – Prendre en compte les avis de la population

Le recueil et la prise en compte des avis de la population aux différents niveaux d'organisation et de délivrance des soins est une exigence à la fois éthique et opérationnelle, consubstantielle à l'organisation des parcours. Ce travail s'effectue en collaboration avec les associations locales, culturelles, de santé communautaire, etc.

Pour en savoir plus :

→ Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

→ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [RBPP - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre](#). Saint-Denis : ANESM ; 2012.

Axe 3 – Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions

Dimension 18 – Travailler au plus près des organisations de soins primaires

La proximité des fonctions d'appui vis-à-vis des équipes de soins primaires est une condition incontournable de leur efficacité.

Elle s'exprime d'abord par une réponse adaptée et réactive aux demandes des médecins traitants ou de médecins en lien avec le médecin traitant.

Cette proximité peut prendre la forme de l'intervention programmée (à des jours fixés d'un commun accord) de personnels du réseau sur les lieux de soins primaires ou d'une intervention en réponse à leurs demandes sur les lieux de soins ou au domicile des patients.

Ces interventions peuvent s'exercer de différentes façons : aide à l'élaboration d'un PPS, aide à l'organisation de RCP, réalisation des prestations dérogatoires appointées par les réseaux (psychologues, diététiciennes, etc.), sur les lieux d'exercice des médecins, évaluation du domicile des patients. Concernant l'ETP, les personnels de réseau peuvent réaliser, sous certaines conditions, des séances d'ETP à la demande des professionnels de soins primaires ou leur apporter un appui et des conseils pour cela. La deuxième possibilité doit être privilégiée autant que possible, afin d'accroître les compétences des professionnels.

Dans une dynamique de progression, la proximité du réseau ou de la plate-forme d'appui avec les professionnels de soins doit aussi se traduire dans la gouvernance du réseau ou de la plate-forme.

Cette coopération entre les réseaux et les organisations de soins primaires doit faire l'objet d'un suivi, afin d'évaluer la satisfaction des professionnels.

Pour en savoir plus :

→ Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Dimension 19 – Organiser les ressources pour le management du réseau

Il s'agit aussi bien de management en termes de ressources humaines qu'en termes de projets.

Pour le premier objectif, le réseau doit veiller à ce que les membres de l'équipe aient accès à la formation professionnelle continue, au regard notamment de l'adaptation à leurs missions, ou au DPC pour les professionnels de santé.

En ce qui concerne le management de projets, un tableau de bord informatisé doit comprendre les indicateurs servant au suivi et à l'évaluation externe des réseaux en regard de leur CPOM. Ces indicateurs portent à la fois sur les processus mis en œuvre par le réseau et sur les résultats obtenus en termes d'efficacité : ciblage des actions sur les patients en situations complexes et ayant une consommation importante de services et de soins, transferts d'activité ville-hôpital, contribution à réduire le recours aux urgences et les hospitalisations évitables, etc.

Pour en savoir plus :

→ Direction Générale de l'Offre de Soins. [Guide méthodologique sur l'évolution des réseaux de santé](#). Septembre 2012.

→ [La formation des salariés : principes généraux](#).

→ Disposition de la loi de santé sur le DPC (à venir).

Dimension 20 – Assurer la sécurité des actions du réseau

La sécurité des soins et des services est une exigence qui s'impose à l'ensemble des acteurs du système de santé, et qui est due à l'ensemble des patients et usagers. En se fondant sur le [Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017](#), il est essentiel que les réseaux développent une culture interne de sécurité à travers des actions concrètes, comme le recueil et l'analyse des événements indésirables liés à l'activité du réseau.

Ceci suppose la mise en place d'un système de retour d'expérience (REX) qui comprend :

- la collecte des EIAS ;
- leur analyse approfondie ;
- la mise en place d'actions correctives, de prévention mais aussi de récupération, voire d'atténuation ;
- la communication et le partage des enseignements retirés de l'analyse, pour permettre la progression des professionnels et de l'organisation.

La traçabilité (la « mémoire » de l'organisation) doit être réalisée : tous les documents relatifs à un REX sont anonymes, et archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

Lorsqu'au cours d'une démarche de REX, des risques nouveaux sont identifiés pour un patient, celui-ci doit en être informé.

Les EIAS existent pour lesquels le réseau doit mettre en place un REX : erreur d'orientation, coordination inadéquate, absence de réponse à une demande d'un professionnel, hospitalisation non programmée, rupture de prise en charge, chute traumatique d'un patient lors d'un atelier d'activité physique, sorties volontaires de patients ou de professionnels, etc. Ce système doit aussi permettre l'évaluation des actions correctrices.

Idéalement, ces erreurs doivent être détectées et corrigées avant d'avoir pu nuire au patient.

Pour en savoir plus :

- Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale de la Santé et Haute Autorité de Santé. [Programme National pour la Santé des Patients](#). Paris : DGOS/DGS/HAS; 2013.
- Haute Autorité de Santé. [REX : Comprendre et mettre en œuvre](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé. [Sécurité du patient...Gérer les risques - Événement indésirable associé aux soins \(EIAS\)](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé. Guide méthodologique. Paris : DGOS; 2012.

Dimension 21 – Choisir et utiliser un système d'information approprié

Cette dimension s'adresse au système informatique des réseaux et/ou structures d'appui. Il peut s'agir de choisir un système d'information « de novo », lorsque la structure n'utilise pas encore de logiciel, soit de faire évoluer un système d'information déjà existant mais incomplet.

Dans les deux cas, ceci doit être réalisé en regard des fonctions à assurer. De nombreuses fonctions, assurées par les réseaux et structures d'appui, nécessitent d'être informatisées : fonctionnement du guichet unique ou intégré (évaluation des demandes, orientation des patients, activations d'aides sanitaires ou sociales), délivrance de prestations ponctuelles aux patients, assistance au parcours des patients en situation complexe avec envoi régulier de rapports au médecin traitant, mise à disposition des urgentistes d'un « volet de synthèse de coordination » en cas de recours aux urgences, etc.

De plus, il est souhaitable de mettre à disposition des acteurs les outils, référentiels, protocoles nécessaires à la prise en charge coordonnée des personnes, ainsi qu'un agenda des formations et des prestations disponibles. Ceci peut être réalisé à partir du système d'information interfacé et/ou commun aux différentes structures d'appui.

L'objectif est d'adopter un système d'information métier du réseau ou de la plate-forme :

- qui permette d'assurer les fonctions de la structure d'appui du territoire (réseaux, CLIC, MAIA, SSIAD, etc.), et qui soit bâti à partir de l'utilisation optimale des solutions logicielles existantes ;
- qui présente toutes les conditions requises d'identification du patient, de sécurisation et de confidentialité des données saisies ;
- qui permette de renseigner les indicateurs des tableaux de bord de la structure (dont ceux inscrits dans le CPOM du réseau cf. [dimension 19](#)) ;
- dont le développement s'inscrit dans le cadre d'interopérabilité, et s'appuie sur les infrastructures et outils déployés au niveau régional en matière de systèmes d'informations : projets soutenus dans le programme territoires de soins numériques, cahiers des charges régionaux pour le système d'information des structures et plates-formes d'appui. À ce titre, la réflexion sur le SI du réseau ne peut se faire indépendamment des réflexions en cours au niveau des territoires de la région et au niveau national ;
- qui permette de déposer des documents dans les outils de partage d'information déployés au niveau des territoires de la région et au niveau national (DMP, MSSanté, etc.).

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- ASIP Santé. [Cahier des charges des systèmes d'information des Maisons et Centres de Santé Pluri-professionnels](#). 2011-pages 29 à 31.



Toutes les publications sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr