# Démarche qualité
# & valorisation dans l'ACI MSP

FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné




# Démarche qualité
## & valorisation dans l'ACI MSP

- Eléments de contexte et conditions de mise en œuvre de la démarche qualité
- Attendus de l'ACI MSP
- Programme d'accompagnement à la démarche qualité
- + Atelier « ACTION »

FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné

# Eléments de contexte et conditions de mise en œuvre de la démarche qualité

FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné

# Concepts menant à la démarche qualité

**QUALITÉ**
**des soins**
*(OMS )*

**QUALITÉ**
d'un produit
ou d'un service *(ISO)*

***Démarche***
*(Dico)*




***Qualité***
*(Dico)*

**DÉMARCHE QUALITÉ**

**Qualité** *(Dico)*

*« Ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose **correspond à sa nature, à ce qu'on en attend** »*

**QUALITÉ** d'un produit ou d'un service *(Iso)*

*« Ensemble des **propriétés et caractéristiques** **d'une entité** qui lui confère l'aptitude à **satisfaire des besoins** exprimés ou implicites »*

**QUALITÉ des soins** *(OMS 1987)*

*« Capacité de **garantir** à chaque patient **l'assortiment d'actes** diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le **meilleur résultat** en termes de santé conformément à l'état actuel de la science, au **meilleur coût** pour le même résultat, au **moindre risque** iatrogénique, pour sa plus grande **satisfaction** en termes de procédure, résultats, contacts humains»*

**Démarche** *(Dico)*

*« **Manière de conduire un raisonnement**, de progresser vers un but par le cheminement de la pensée ; méthode, manière d'agir »*

**DÉMARCHE QUALITÉ**

*«Processus global, systématique et continu qui permet d'**accroître la qualité** du service rendu »*

# Démarche qualité appliquée





**Planifier** Vision, ressources

**Donner corps** Mise en œuvre (préparation des étapes, réalisation)

**Contrôler** Observation, Appréciation du résultat suivant critères (indicateurs)

**Adapter** Analyse, ajustements, amélioration...

Re-Planifier

Re-faire,

Re-Contrôler

Ré-Adapter…

**CYCLE « DPCA »**



# Démarche d'amélioration continue de la qualité

**Améliorer une action:**
Nouvelle norme de **Processus**

**Concevoir une action:**
Faire un diagnostic initial
Identifier et prioriser les axes de travail
Décliner les objectifs
Identifier les ressources
Planifier les tâches (**Processus**)
Prévoir les modalités de suivi
*(Objectifs et indicateurs SMART)*

**L'adapter, la compléter:**
Analyser son efficacité (résultats) au regard des indicateurs (écarts)
Réajuster objectifs et moyens
Mettre en œuvre les améliorations…

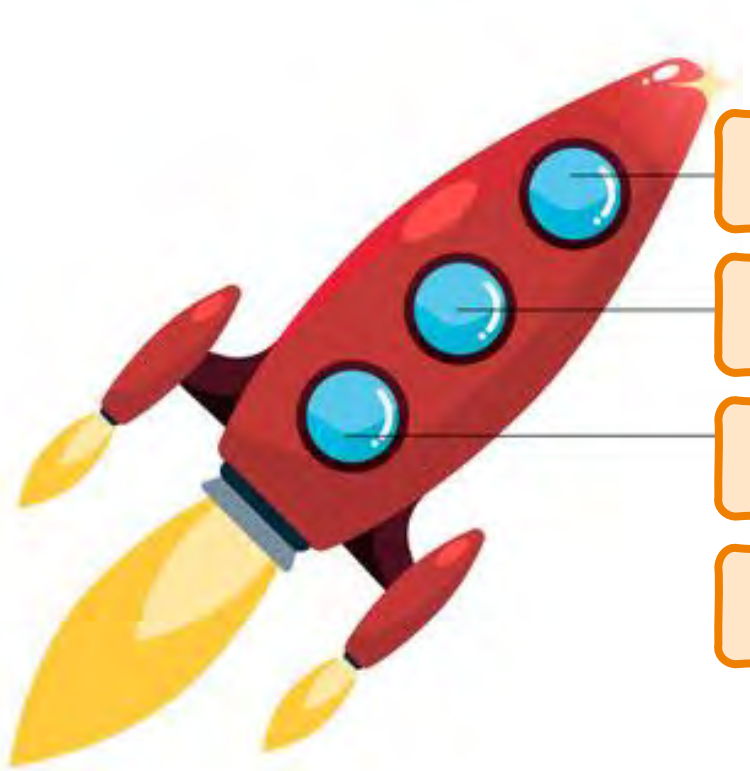



**La mettre en œuvre:**
Préparer son implémentation
Impliquer, coordonner, exécuter les tâches prévues
Assurer la traçabilité

**Vérifier sa bonne mise en œuvre:**
Suivre, vérifier, contrôler… EVALUER
Collecter les indicateurs

# Bénéfices induits par une démarche qualité

**Amélioration de la qualité**



Sécurisation, satisfaction des patients

Optimisation des performances, du temps

Qualité de vie au travail, Fierté …

…

# Ingrédients d'une démarche qualité réussie




*D'après: Démarche qualité en officine – Amélie Cassant*

# Démarche qualité:
# Les attendus de l'ACI MSP

FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné

# Valorisation ACI de l'indicateur « Démarche qualité » en MSP

*Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient.*

*Cette démarche doit être partagée par l'ensemble de l'équipe.*

## Niveau 1 *(fixe)* : le diagnostic de maturité

Désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe,
Identifier une action d'amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d'amélioration :

- ***continuité des soins*** *(ex : organisation du cabinet*
- ***situations médico-sociales*** *(approches p*
- ***collaboration et coordination p***
  *médicaux, infirmiers, ki*
- ***délégation et c***
- ***accès c***
- *partic*
- ***actions***
  *prise en*

*ation, ...)*
*plexes n*
*italisat*
*ocole*
*ux, ...)*
*santé, dépistages,...) ou visant à compléter une*



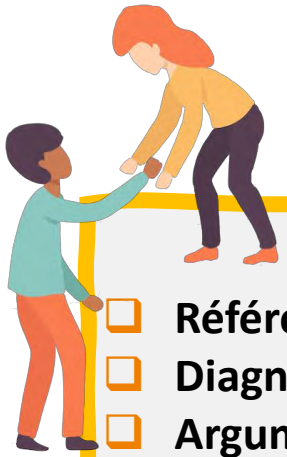

## Niveau 2 *(* et mise en œuvre d'une démarche q le la qualité

- définir les points à a plan d'actions à mettre en œuvre,
- déployer le plan d'action

## Niveau 3 *(variable)* : la production de résultats et les conclus

- Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions
- Etablir si l'objectif est atteint ou si un nouveau plan d'actions doit être mis en place

# ACI niveau 1



## Niveau 1

- ❑ Référent qualité
- ❑ Diagnostic de maturité
- ❑ Argumentaire / choix d'un thème parmi 6
- ❑ Objectif



# ACI niveau 1 – Le référent qualité

## Le référent qualité

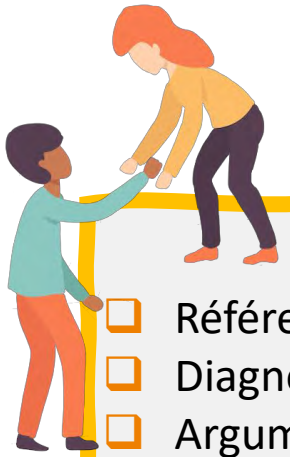
**Il est:**

- ❑ Garant de la mise en œuvre de la démarche qualité
- ❑ Guide l'équipe en apportant et partageant:
- ❑ Compétences, méthodologie, outils…
- ❑ …

**Il n'est pas:**

- ❑ Seul à mettre en œuvre,
- ❑ Comptable des résultats,
- ❑ …





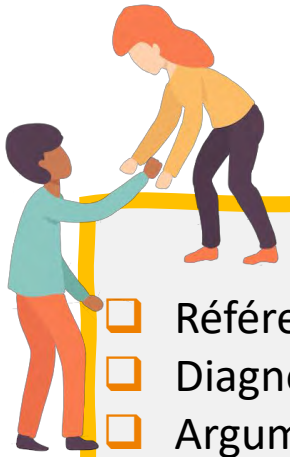
## Niveau 1

- ❑ Référent qualité
- ❑ Diagnostic de maturité
- ❑ Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- ❑ Objectif

# ACI niveau 1 – Le diagnostic de maturité

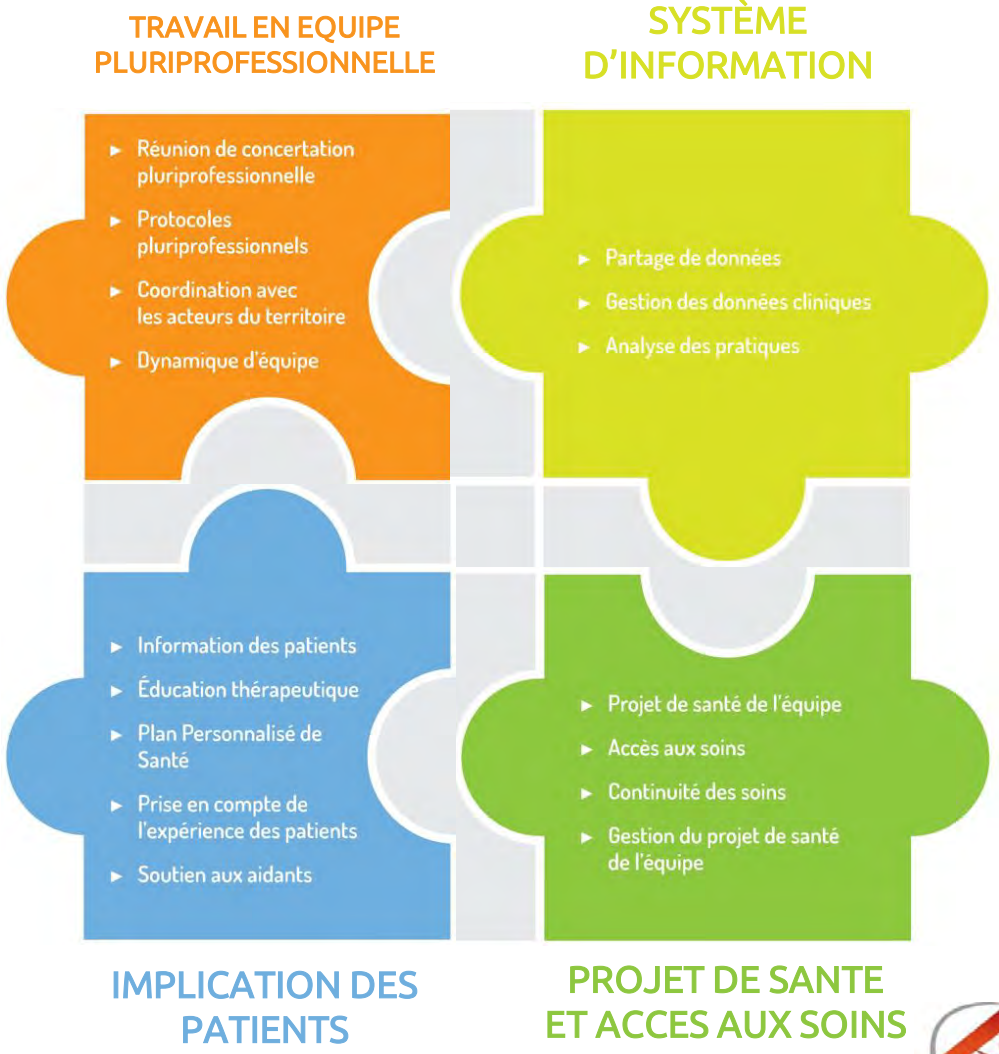
## Le diagnostic de maturité

- Avec, par exemple, la « **Matrice de Maturité** » de l'HAS



## Niveau 1

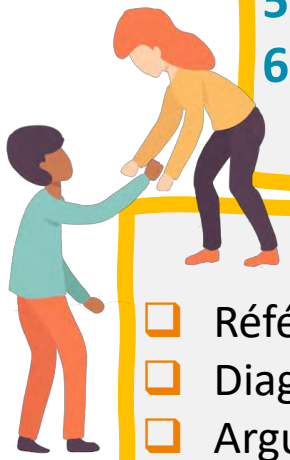
- Référent qualité
- Diagnostic de maturité
- Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- Objectif



# ACI niveau 1 – Le choix du(des) thème(s)

## 6 THEMES

1. **Continuité des soins**
2. **Situations médico-sociales**
3. **Collaboration et coordination** pluri professionnelles autour de certains patients complexes
4. **Délégation et coordination** pluri professionnelles autour de certaines pathologies
5. **Accès aux soins**
6. **Actions de prévention** en l'absence de pathologie



## Niveau 1

- ❑ Référent qualité
- ❑ Diagnostic de maturité
- ❑ Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- ❑ Objectif

## *exemples*

1. Organisation du transfert et partage d'info des parcours patients, prépa hospit…
2. Parcours personnes âgées, personnes en situation de handicap, précarité…
3. RCP, PPP, parcours complexes, polypatho, sortie d'hospit…
4. Pour patho donnée, Parcours, PPP, PN, PL
5. Organisation des CS, SN, participation à une CPTS, PN, PL…
6. Promotion/éducation pour la santé (SE…), dépistages, vaccination, … ou action visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique)…

# 1er niveau – Argumentaire et objectif



## Argumentaire

- Pourquoi ce choix? Est-il pertinent?

## Objectif

- Quel objectif (d'amélioration) se fixe-t-on?

## Niveau 1

- Référent qualité
- Diagnostic de maturité
- Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- Objectif

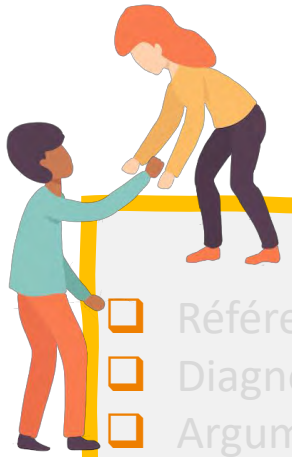
## PJ Niveau 1

- Désignation d'un référent qualité de la démarche,
- État des lieux,
- Argumentaire du choix du ou des thèmes nécessitant une action d'amélioration,
- Détermination d'un objectif.

# ACI niveau 2

## PJ Niveau 2

- ❑ Plan d'action (design et implémentation)

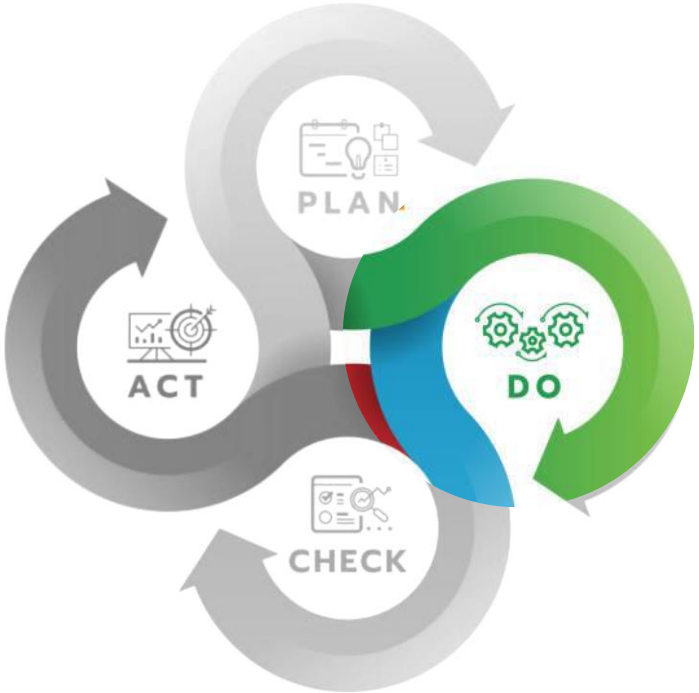


## Niveau 2

- ❑ **Points d'amélioration**
- ❑ **Plan d'action**
- ❑ **Mise en œuvre**

## Niveau 1

- ❑ Référent qualité
- ❑ Diagnostic de maturité
- ❑ Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- ❑ Objectif



# ACI niveau 3

## PJ Niveau 3

- ❑ Bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis,
- ❑ Révision du plan d'actions si nécessaire.

## Niveau 3

- ❑ **Production de résultats**
- ❑ **Données quantitatives et qualitatives pour analyse**
- ❑ **Bilan et révision**

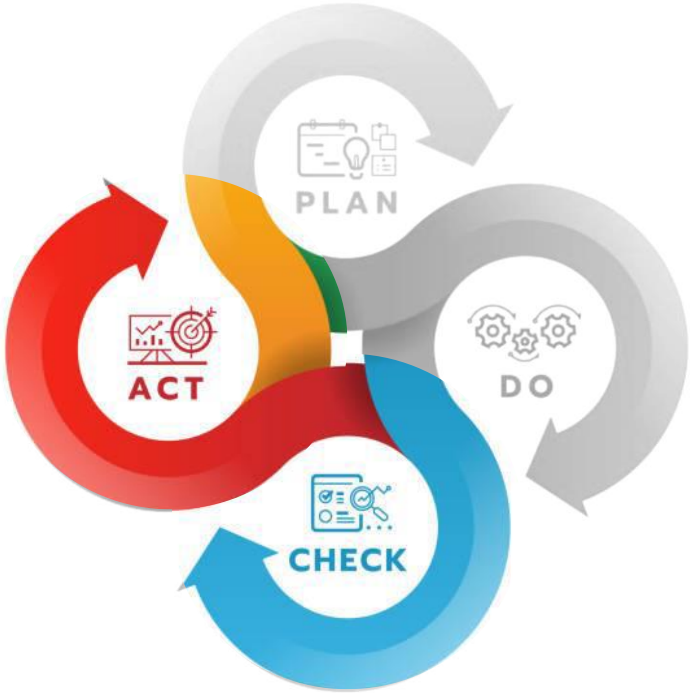


## Niveau 2

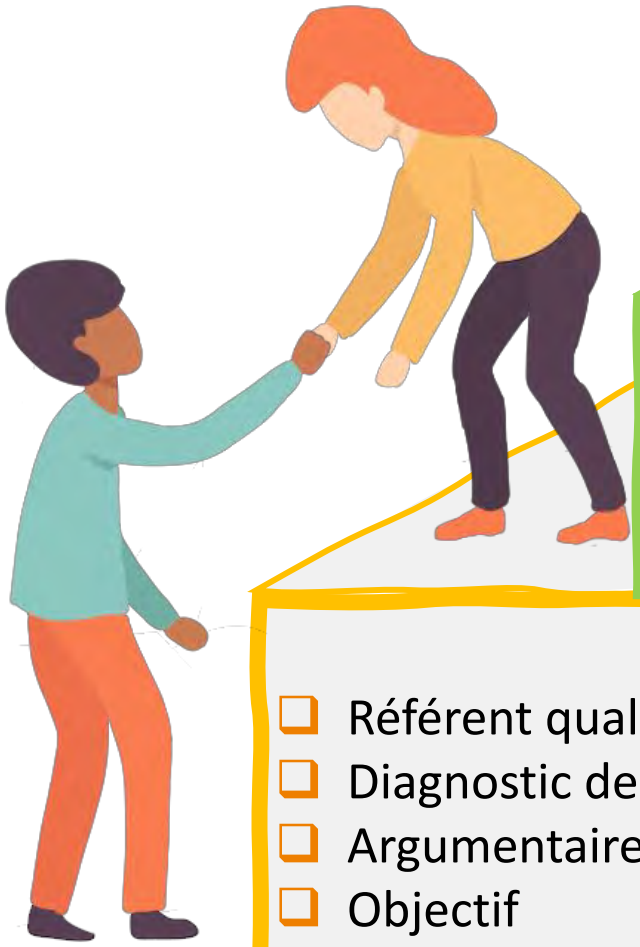
- ❑ Points d'amélioration
- ❑ Plan d'action
- ❑ Mise en œuvre

## Niveau 1

- ❑ Référent qualité
- ❑ Diagnostic de maturité
- ❑ Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- ❑ Objectif



# DQ ACI: déploiement en 3 niveaux suivant PDCA



## Niveau 3

- ❑ Production de résultats
- ❑ Données quantitatives et qualitatives pour analyse
- ❑ Bilan et révision

## Niveau 2

- ❑ Points d'amélioration
- ❑ Plan d'action
- ❑ Mise en œuvre

## Niveau 1

- ❑ Référent qualité
- ❑ Diagnostic de maturité
- ❑ Argumentaire / choix du thème parmi les 6
- ❑ Objectif



# Finalement, la démarche qualité…

## Ce n'est pas…

- ✗ Compliqué



- ✗ Ca ne doit pas être plus de…



- ✗ Mais ce n'est pas non plus une science exacte!



## C'est…




✓Faire mieux




✓Plus facilement



✓Et finalement, plus vite!

# Présentation du programme d'accompagnement à la démarche qualité

FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné

## M1 - Démarche Qualité
& valorisation dans l'ACI MSP

- ❑ Présentation du programme d'accompagnement à la démarche qualité
- ❑ Eléments de contexte et conditions de mise en œuvre
- ❑ Les attendus de l'ACI et le diagnostic de maturité

## M2 - Les 3 niveaux de la DQ
pour l'ACI MSP et CPTS

- ❑ DQ/ ACI niveau 1 MSP
- ❑ DQ/ ACI niveau 2 MSP
- ❑ DQ/ ACI niveau 3 MSP
- ❑ DQ CPTQ

**Préalables:** Eléments de méthodologie pour la démarche projet

## M3 – OPTIONS thématiques DQ
de l'ACI MSP (1 module au choix)

- ❑ **M3S1** DQ pour la prévention en santé
- ❑ **M3S2** DQ pour l'accès aux soins
- ❑ **M3S3** DQ pour la continuité des soins
- ❑ **M3S4** DQ pour la délégation et la coordination pluriprofessionnelle
- ❑ **M3S5** DQ pour la coordination médico-sociale
- ❑ **M3S6** DQ pour la collaboration et la coordination pluriprofessionnelle des parcours des patients complexes

## M4 - Méthode et outils
pour la Démarche Qualité
(modules au choix)

- ❑ **M4S2** Le SI, outil de DQ
- ❑ **M4S3** Améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé
- ❑ **M4S4** Les outils d'évaluation
- ❑ **M4S5** Les outils de résolution de problèmes
- ❑ **M4S6** Les outils d'animation en promotion de la santé

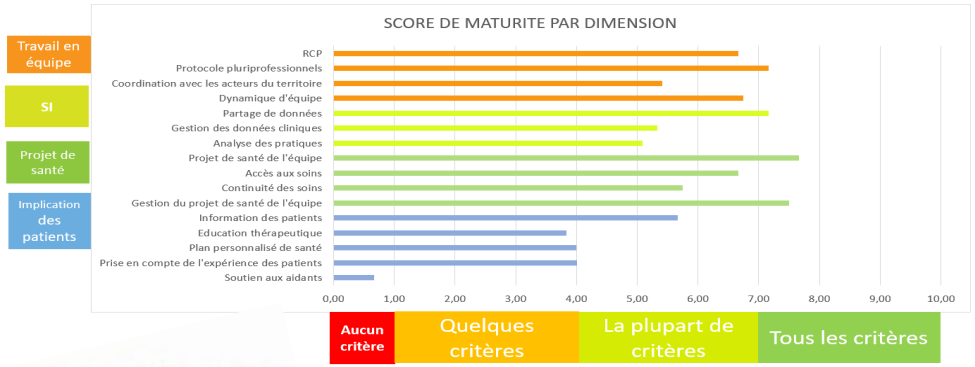



FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé
et de l'Exercice Coordonné

# Désignez le référent qualité



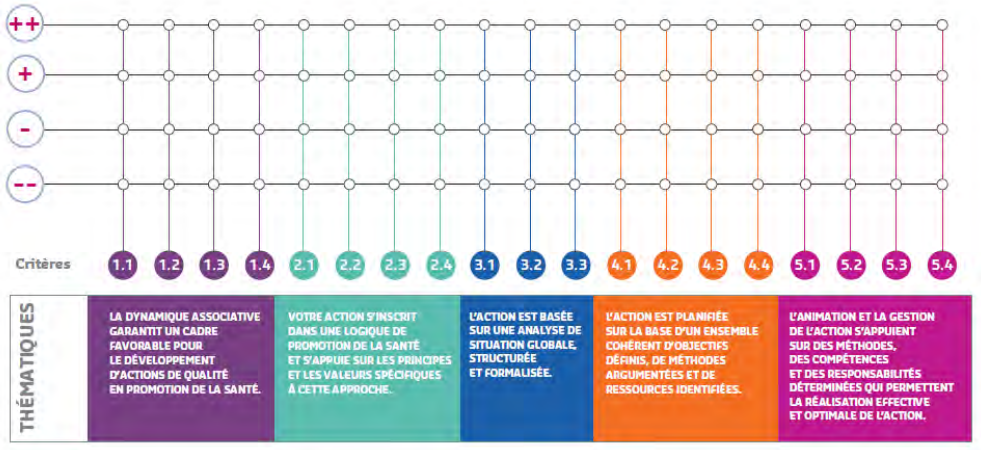
# Réalisez le diagnostic






| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Introduction de formulaires dans les dossiers | Accessibilité aux avis de spécialistes de second recours | Remise d'un VMS à tout patient en accès au deuxième recours | | Coopération médico-sociale | Intégration d'une réflexion avec les usagers du territoire | |
| 5 | Production de données | Facilitation de l'accès aux soins de second recours | Structure assurant la réponse aux demandes de soins sur un territoire défini | | Coopération interprofessionnelle | Développement de programmes d'ETP | |
| 4 | Introduction d'alertes patients pour la relance (dépistage, prévention) | Organisation des plannings pour assurer des consultations non programmées | Ouverture de 8h jusqu'à la relève de la permanence des soins, y compris le Midi | | Délégation de tâches entre professionnels | Participation à des campagnes de santé publique | |
| 3 | Production de documents de synthèse | Accessibilité en secteur opposable | Système d'information partagé entre médecins de la structure | Implication dans l'organisation de la permanence des soins | Mise en œuvre de protocoles entre professionnels (PPP) | Existence de compétences spécifiques dans l'équipe | |
| 2 | Enrichissement des dossiers | Accessibilité téléphonique | Continuité assurée par les professionnels prête sur en cas d'absence | Permanence des soins (premier recours) | Coordination formelle entre professionnels | Connaissance des problématiques SP du territoire | |
| 1 | Contribution de la liste des patients sur une base de données commune | Accessibilité des locaux | Organisation des remplacements en cas d'absence | Garde « classique » | Coordination informelle entre professionnels | Remise de documents lors de certaines consultations | |
| NIVEAU des ITEMS | SYSTEME D'INFORMATION | ACCESSIBILITE | CONTINUITE DES SOINS | PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS | COORDINATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE | SANTE PUBLIQUE | VIE D'EQUIPE |



# La Matrice de Maturité




AXE

Dimensions




## TRAVAIL EN EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

- Réunion de concertation pluriprofessionnelle
- Protocoles pluriprofessionnels
- Coordination avec les acteurs du territoire
- Dynamique d'équipe

Caractéristiques

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

| | 1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ? | | |
|---|---|---|---|
| | non | en partie | oui |
| Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous. | | | ✓ |
| Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluripro (protocoles pluripro…). | ✓ | | |
| Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies. | | | ✓ |
| Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature. | | ✓ | |
| Un suivi des décisions est organisé. | | ✓ | |

# Adaptation de la matrice de maturité: Outil Excel et version papier

**MATRICE DE MATURITE EN SOINS PRIMAIRES**

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

Pour répondre cliquez sur les cellules de la colonne "Réponses" et choisissez une réponse parmi le menu déroulant qui s'affiche en cliquant sur la flèche pointée vers le bas

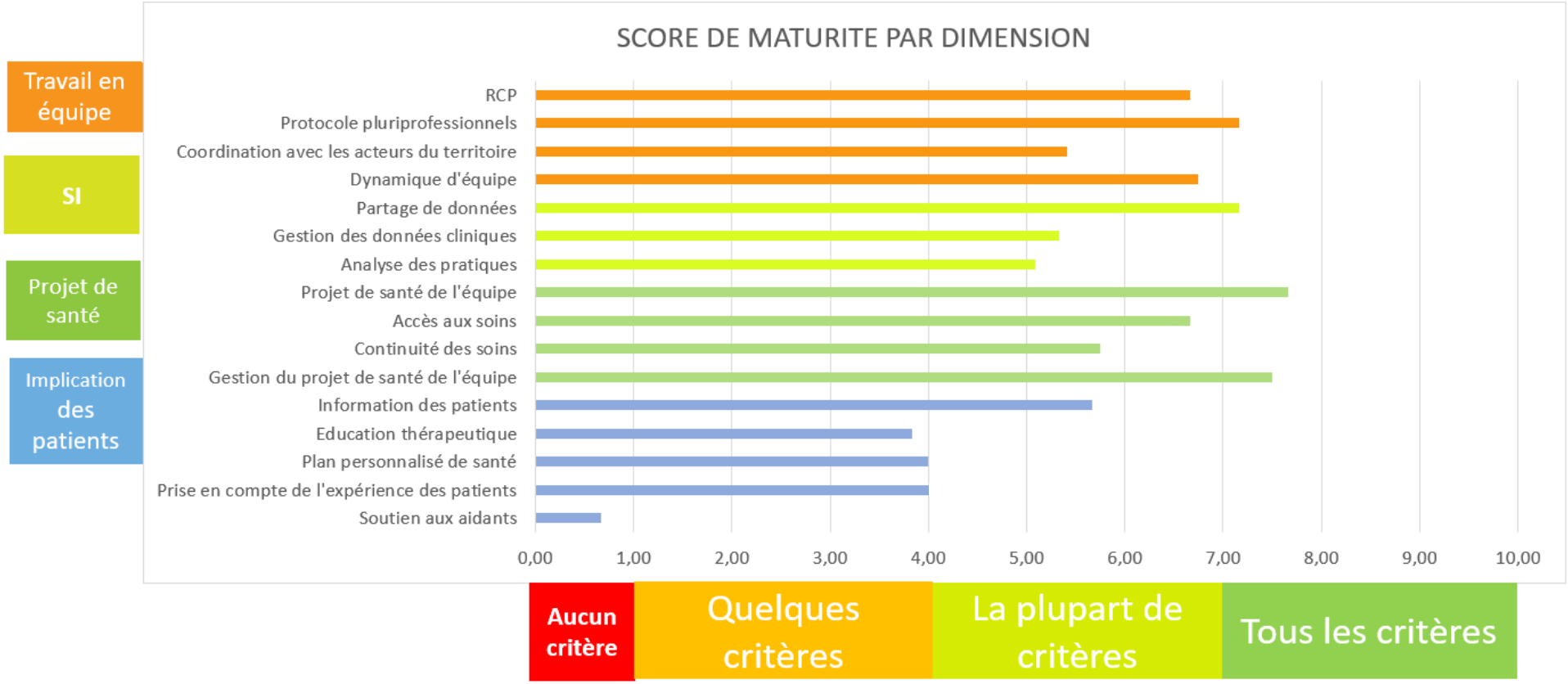
ID répondant | NOM ou numéro...

| AXE | DIMENSION | CRITERE | L'élément est-il intégré à votre pratique? Réponses | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Travail en équipe pluriprofessionnelle | ▶Réunion de concertation pluriprofessionnelle | Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'améliorations des pratiques pluripro (protocole pluripro...). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Un suivi des décisions est organisé | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Protocole pluriprofessionnels | Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipes | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des profes-sionnels concernés. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les protocoles sont élaborés ens'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les protocoles sont régulièrement mis à jour. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Coordination avec les acteurs du territoire | Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire : professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui autres sont élaborées, adaptées. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les procédures sont régulièrement mises à jour. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Dynamique d'équipe | Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et ceux manquants identifiés. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation...). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Des formations pluriprofessionnelles sont proposées à l'équipe. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| Système d'information | Partage de données | L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'équipe échange des données par messagerie sécurisée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, plan personnalisé de santé [PPS]) | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Gestion des données cliniques | L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification) | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Analyse des pratiques | Le choix des pratiques analysées est explicite, en lien avec les besoins objectivés par l'équipe. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les référentiels et les indicateurs sont discutés au sein de l'équipe. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les données utilisées pour calculer les indicateurs sont renseignées dans les dossiers patients. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les indicateurs de pratique clinique sont calculés en routine selon des requêtes préétablies et accessibles sous différents formats (individuel, collectif...). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les résultats discutés en équipe conduisent à des actions d'amélioration des pratiques. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |




| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| t de santé de 'équipe | | Une analyse des besoins de santé et des attentes de la population desservie est réalisée, actualisée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Des actions prioritaires sont arrêtées à partir de l'analyse de ces besoins. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Ces actions prennent en compte les besoins de prévention et la promotion de la santé. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Un suivi formalisé de ces actions est organisé. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Le projet de santé et les résultats des actions menées sont communiqués à tous les acteurs du territoire. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| s aux soins | | L'équipe détermine le territoire sur lequel elle organise une réponse aux demandes de soins de proximité. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La coopération avec les acteurs médicosociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| uité des soins | | La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée au besoin soit apportée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congés, formation, maladies...). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les modalités d'accès aux soins de second recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| n du projet de é de l'équipe | | Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluriprofessionnel. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Un suivi formalisé des décisions est organisé. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur...). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| ion des patients | | Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Cette information est remise aux patients lors des consultations. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | La compréhension des messages délivrés est évaluée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| n thérapeutique | | Un plan de développement de l'ETP est élaboré. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'équipe et le patient partagent les mêmes objectifs autour desquels est organisée l'ETP. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'accès à différentes modalités d'ETP est organisé, pour répondre aux besoins des patients. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Une évaluation de l'impact de l'ETP est organisée pour chaque patient, partagée par l'équipe et tracée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les autres acteurs du champ sanitaire et social et les associations de patients sont aussi impliqués. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| Implication des | Plan personnalisé de santé | Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Le suivi du PPS est organisé en s'appuyant sur des critères explicites (date de révision, alertes, critères de processus et de résultats). | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Prise en compte de l'expérience des patients | Un recueil de l'avis des patients est organisé. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Ce recueil est organisé de manière régulière. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'analyse des résultats est réalisée en équipe. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Cette analyse débouche sur un plan d'actions. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | Soutien aux aidants | Une évaluation des besoins des aidants est organisée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |
| | | Une évaluation de l'impact de la démarche de soutien est organisée pour chaque aidant, partagée par l'équipe et tracée. | ne sait pas | NON | OUI | en partie |

# Réalisation du diagnostic



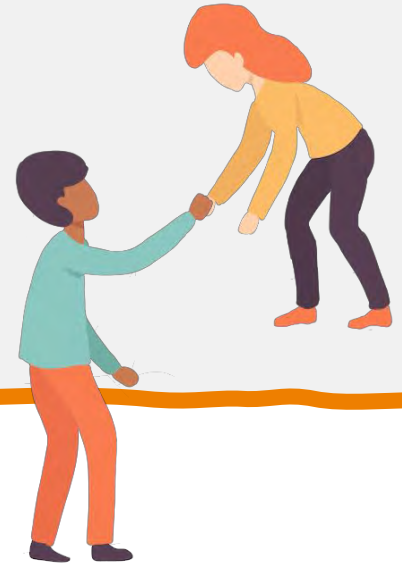

**Projet de santé – PRS – PNSE4…. Et même Plan SSE…**

# Choisissez l’action (parmi les thèmes)



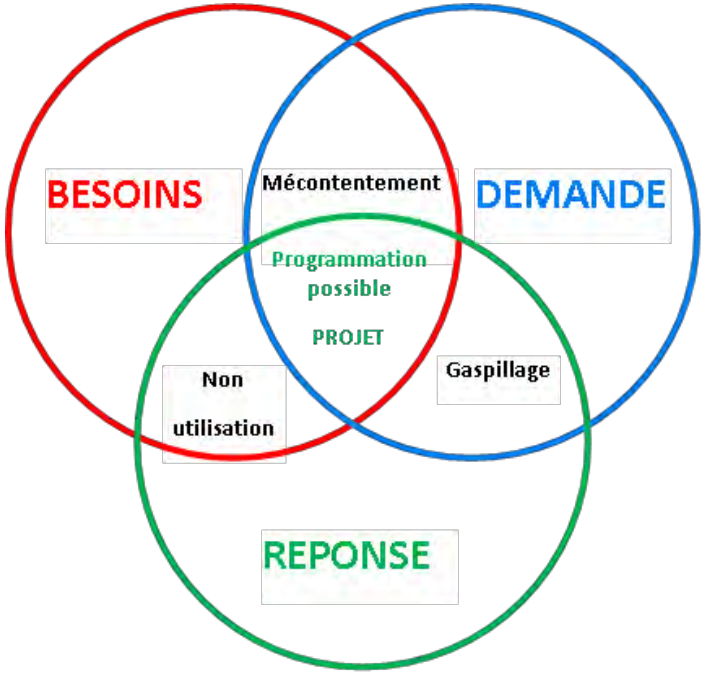
# 6 thématiques possibles

1. **Continuité des soins**
2. **Situations médico-sociales**
3. **Collaboration et coordination** pluri professionnelles autour de certains patients complexes nécessitants plusieurs intervenants
4. **Délégation et coordination** pluri professionnelles autour de certaines pathologies
5. **Accès aux soins**
6. **Actions de prévention** en l'absence de pathologie



# Priorisation des actions



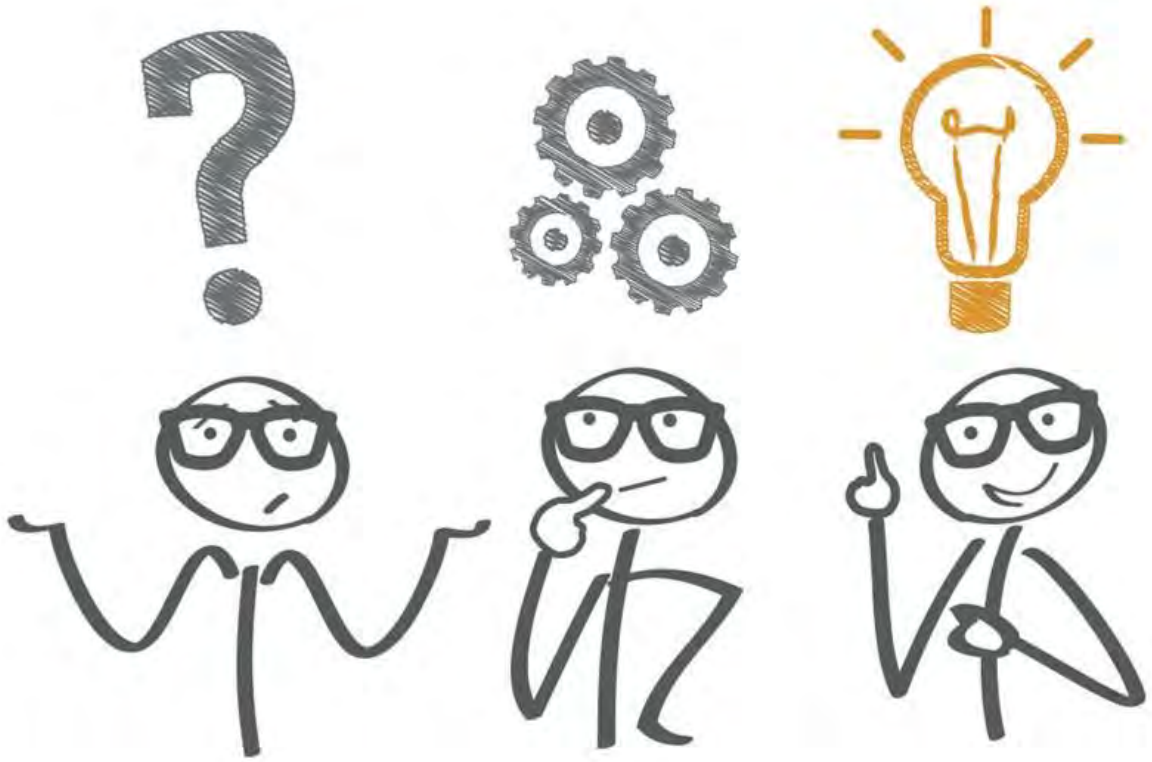








# Rédigez l’argumentaire



# Discutez, portez une appréciation, faites la synthèse

**Pour chaque dimension évaluée:**

- ❑ Appréciations
- ❑ Points forts / Points à améliorer

**BILAN GLOBAL**

- ❑ Points retenus à améliorer: leviers et freins
- ❑ Propositions d'amélioration (à discuter)

**ANALYSE TRANSVERSALE**

- ❑ Constats communs
- ❑ Constats spécifiques

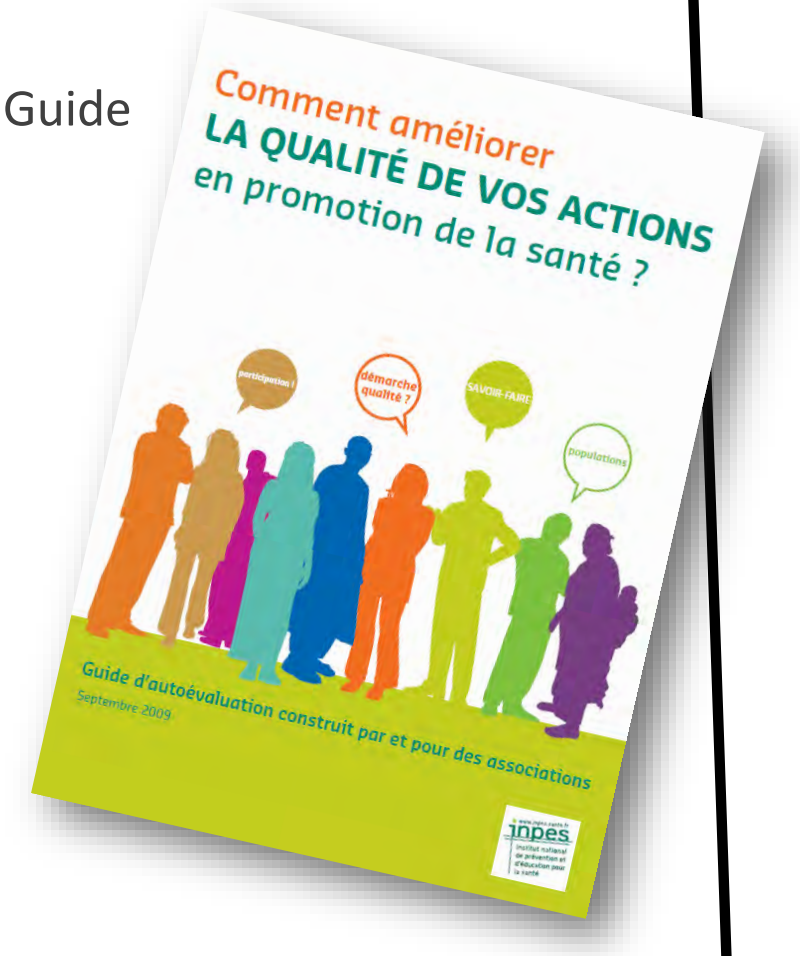
# Fixez l’objectif




PLAN D'ACTION

# Documents

- ❑ Matrice de Maturité RAP HAS 2016 et Guide
- ❑ Trame Excel RAP FéMaSCo
- ❑ Fiches pratiques ACI
- ❑



FeMaSCo
Bourgogne Franche-Comté
Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné

# Merci !

Céline VÄÄNÄNEN

c.vaananen@femasco-bfc.fr

https://femasco-bfc.fr/