

Matrices de progression (alias matrice de maturité)

Hector Falcoff

Juin 2013

Contexte

Sans bonne organisation, il ne peut pas y avoir de bonnes pratiques ni de bons résultats. La culture de l'organisation est forte à l'hôpital depuis quarante ans. En France elle s'est développée depuis une quinzaine d'années avec la procédure obligatoire d'accréditation qui concerne tous les établissements de santé. En soins primaires, depuis une vingtaine d'années de nombreux pays développés (Hollande, RU, pays scandinaves, Australie, Nouvelle Zélande...) se sont intéressés au changement organisationnel, le considérant comme une voie pour changer les pratiques et améliorer la qualité des soins. Des outils et des méthodes pour évaluer l'organisation et produire du changement organisationnel ont été développés.

Structure des matrices. Exemple de l'International Family Practice Maturity Matrix

Les « matrices de progression » (ou « matrices de maturité ») sont des grilles d'analyse des organisations de soins composée de :

- dimensions (et sous-dimensions) retenues en raison de leur importance pour la qualité des soins (le choix des dimensions peut être fait par les professionnels, par les régulateurs, par des experts de la qualité des soins, par un mélange de ces acteurs...)
- niveaux de progression pour chacune des dimensions : niveaux croissants de structuration, de performance ; en général il y a entre 3 et 9 niveaux pour une dimension.

La figure donne un exemple de matrice. Il s'agit de la version française de l'International Family Practice Maturity Matrix, grille européenne développée par l'équipe de Glyn Elwyn (Département de Soins Primaires, Université de Cardiff) et l'European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuiP)¹.

Cette matrice comprend 7 dimensions :

- utilisation de l'information,
- utilisation des données des patients,
- gestion des membres du groupe,
- travail en équipe ,
- écoute des patients,
- amélioration de la pratique,
- spécification des procédures de fonctionnement.

Pour illustrer la notion de « niveaux de progression », voici les niveaux de la dimension "Utilisation des données des patients "

1 - Les données cliniques ne sont pas recueillies dans une base de données permettant leur utilisation. Les données cliniques ne sont pas codées et ne peuvent pas être utilisées.

2 - Les données cliniques sont recueillies mais ne sont pas bien organisées ou codées. Il n'est pas facile d'extraire et d'analyser ces données.

3 - Les données cliniques sont recueillies mais seulement certains aspects des soins sont codés de façon systématique. Il est possible d'extraire et d'analyser l'information codée mais cette information n'est pas régulièrement utilisée pour l'évaluation de la qualité des soins.

4 - Les données cliniques sont recueillies et plusieurs aspects des soins sont codés de façon systématique. Il est possible d'extraire et d'analyser l'information codée et cette information est régulièrement utilisée pour l'évaluation de la qualité des soins.

5 - Les données cliniques sont recueillies et la plupart des aspects des soins sont codés de façon systématique. Il est possible d'extraire et d'analyser l'information codée et cette information est fréquemment utilisée pour l'évaluation de la qualité des soins.

6 - Les données cliniques sont recueillies et tous les aspects des soins sont codés de façon systématique; cette information est utilisée de façon routinière pour évaluer la qualité des soins. Des rapports sont écrits et discutés dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Comment utiliser une matrice ?

La mise en œuvre se déroule dans une structure de soins primaires. Un facilitateur extérieure, qui a reçu une formation spécifique, prend contact avec la structure et organise une réunion en veillant à ce que le plus grand nombre possible de professionnels (tous métiers) puissent participer.

La durée d'une réunion est en général de 1h30.

Le facilitateur présente la matrice, explique le déroulement, répond aux questions. Puis il donne une copie de la grille à chaque participant en lui demandant de la compléter individuellement. Il s'agit de décider à quelle étape de progression se situe le groupe pour chaque dimension. Cela prend environ 10'. Ensuite le facilitateur lance la discussion, qui va passer en revue toutes les dimensions. Il encourage les participants à se détacher de leur point de vue individuel et à chercher un consensus sur le stade actuel de développement organisationnel de la structure, sur les améliorations souhaitables et sur la manière d'y parvenir. A la fin de la session le facilitateur résume les points essentiels et vérifie qu'il y a accord sur les prochaines étapes.

Comment fabriquer une matrice ?

La réalisation d'une matrice comprend trois temps² :

- analyse de la littérature ; à l'issue de cette phase une première série de dimensions et de niveaux est proposée ;
- consensus d'experts et de professionnels pour critiquer et affiner les dimensions et les niveaux ;
- phase de test de terrain afin d'adapter les dimensions aux différents contextes, et de parvenir à des outils parfaitement opérationnels.

Quel est l'intérêt de ce type d'outil ?

L'acceptabilité et de la satisfaction des utilisateurs ont été documentées. Mais nous ne disposons pas d'études d'intervention comparatives évaluant l'impact de la mise en œuvre d'une matrice sur le développement d'une organisation. Ces études seraient d'ailleurs assez difficiles à construire sur le plan méthodologique.

Théoriquement l'approche organisationnelle par une matrice a plusieurs intérêts.

- On peut construire plusieurs matrices pour plusieurs contextes (par exemple matrice maison de santé et matrice pôle de santé, et pourquoi pas matrice cabinet de groupe...).
- Le principe des niveaux évite l'écueil des standards statiques trop bas ou trop hauts. Quel que soit le niveau de départ de la structure, elle doit pouvoir se positionner dans la matrice et trouver des objectifs d'amélioration organisationnelle. Les problèmes des standards statiques sont bien connus : très bas (standards minimaux) ils vont concerner un nombre limité de structures qui sont "tout en bas" et qui voudront "passer la barre" surtout s'il s'agit d'une accréditation avec des conséquences financières ; cela ne va pas inspirer la majorité, tous ceux qui sont déjà au-dessus : chez eux cela ne va pas susciter d'amélioration. A l'inverse si les standards sont très haut (« gold standards », excellence), l'approche

peut être perçue comme élitiste, elle va faire plaisir à quelques structures leader mais risque de décourager la plupart car le niveau peut être jugé quasi impossible à atteindre.

- Il s'agit d'une approche formative de groupe. Le fait que toute l'équipe soit engagée sur un pied d'égalité dans le processus a deux avantages : validation ("vérité") du niveau atteint dans chaque dimension, motivation et identification collective aux valeurs sous-tendues par la matrice. Les professionnels identifient les points à améliorer, planifient le changement. Et recommencent (processus itératif). Le moteur est le professionnalisme. Les points forts sont l'authenticité et le fait que le processus soit continu.

- L'outil peut être utilisé pour faire du "benchmarking" : analyse des modes d'organisation des autres structures afin de s'en inspirer et d'en retirer le meilleur. C'est un processus continu de recherche, d'analyse comparative, d'adaptation et d'implantation des meilleures pratiques pour améliorer la performance des processus dans une organisation (adapté de Wikipedia).

- Fondamentalement l'approche par une matrice est formative. Cependant il est possible de combiner une approche formative et une approche « sanctionnante » (évaluation externe) : une structure peut être accréditée sur le seul fait qu'elle se développe en utilisant une matrice, sans être pénalisée ni récompensée en fonction du niveau de développement atteint.

Perspectives

Le développement actuel de structures de soins primaires (maisons et pôles de santé, centres de santé) exige que la question du développement organisationnel soit mise à l'ordre du jour. Un important travail pour proposer une ou plusieurs matrices est en cours sous l'égide de la Haute Autorité de Santé. Ce travail associe des experts et des professionnels impliqués dans différentes instances, dont la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, le Collège de la Médecine Générale, les Unions Régionales des Professionnels de Santé...

BIBLIOGRAPHIE

¹ Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, Braspenning J, Kuch C, Adzic ZO, Ayankogbe O, Cvetko T, In 't Veld K, Karotsis A, Kersnik J, Lefebvre L, Mecini I, Petricek G, Pisco L, Thesen J, Turón JM, van Rossen E, Grol R. 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 Dec;19(6):e48.

² Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, Grol R. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. Qual Saf Health Care. 2004 Aug;13(4):287-94.