

Guide d'utilisation du référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires¹

Contenu

1. Préambule	2
2. Quel est l'objet de la démarche entreprise sur la base de ce référentiel ?	2
3. Qu'est-ce qu'un référentiel d'analyse et de progression ?	3
4. Comment ce référentiel est-il structuré ?	3
4.1. Quatre axes.....	3
4.2. Chaque axe est décliné en plusieurs dimensions et précisé-par des caractéristiques	3
4.3. Les dimensions	4
4.4. Plusieurs de ces dimensions sont décrites dans un référentiel court et documenté (fiches « points-clés et solutions »).....	7
4.5. La relation entre les dimensions et les objectifs	8
5. En pratique, comment se sert-on de ce référentiel ?	8
5.1. Pour élaborer des grilles d'autoévaluation et des supports didactiques d'accompagnement	8
5.2. Pour organiser la démarche des équipes.	9
6. Annexe méthodologie	11

¹ Le terme de Matrice de Maturité a été remplacé par celui de référentiel d'analyse et de progression considérant qu'il s'agissait d'un cahier des charges pour développer des supports d'analyse et d'accompagnement des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires.

1. Préambule

L'objectif du référentiel d'analyse et de progression est d'aider les équipes pluriprofessionnelles formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact sur la prise en charge des patients. Les dimensions du référentiel ne sont pas exhaustives.

Il s'agit donc d'un outil pour une démarche qualité – dessinant une organisation optimale mise en place très progressivement étape par étape sur plusieurs années – et non d'un outil, en l'état, d'évaluation externe pour une labellisation ou encore des financements. Il n'en demeure pas moins que cette organisation optimale s'inscrit dans un cadre de financement adapté.

Ce référentiel a, par ailleurs, vocation à être considéré comme un « cahier des charges » décrivant une organisation cible pour les équipes pluriprofessionnelles engagées dans une démarche qualité et ayant vocation à être décliné sous la forme de supports opérationnels, d'auto-évaluation ou didactiques, adaptés à la diversité des démarches d'accompagnement et des réalités locales. Un dispositif spécifique est envisagé pour accompagner et valoriser ces initiatives.

Dans le cadre de leur démarche qualité, l'équipe renouvelle, 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.

2. Quel est l'objet de la démarche entreprise sur la base de ce référentiel ?

Les professionnels qui se regroupent en équipe cherchent notamment à mettre en place une organisation qui va les aider à mieux prendre en charge les personnes, et plus particulièrement les personnes souffrant de problèmes complexes, et à répondre aux questions de santé sur le territoire. La littérature scientifique met en avant des caractéristiques de cette organisation afin de faciliter une prise en charge :

- a) 1. accessible, 2. conforme aux données de la science, 3. coordonnée et continue, 4. efficiente (et de qualité) ;
- b) prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne (médico-psycho-sociaux) et leurs préférences.

La démarche proposée sur la base de ce référentiel est d'amener progressivement les équipes à intégrer ces caractéristiques.

Une équipe qui organise sa façon de travailler selon le référentiel devrait être capable de :

- ✓ répondre à l'ensemble des besoins (médico-psycho-sociaux) de la population qu'elle dessert ;
- ✓ garantir l'accès aux soins ;
- ✓ assurer la continuité des soins ;
- ✓ organiser un suivi coordonné pluriprofessionnel ;
- ✓ éviter les ruptures entre les interfaces ;
- ✓ gérer la prise en charge des patients de façon proactive ;
- ✓ garantir la qualité des soins ;
- ✓ favoriser la participation active des patients et soutenir leurs aidants ;
- ✓ prendre en compte l'avis des patients ;

3. Qu'est-ce qu'un référentiel d'analyse et de progression ?

Un référentiel d'analyse et de progression est une grille d'analyse des organisations de soins qui se compose de :

- dimensions. Il s'agit de composantes de l'organisation retenues en raison de leur impact sur la qualité des soins ou de leur importance accordée par les acteurs concernés. Elles traduisent la capacité *a priori* des organisations à délivrer des soins de qualité ;
- caractéristiques de progrès pour chacune des dimensions retenues. Elles correspondent à des niveaux croissants de structuration/de performance de ces dimensions.

Le référentiel présenté avec ce document a été développée pour des organisations de soins primaires.

4. Comment ce référentiel est-il structuré ?

4.1. Quatre axes

Le référentiel est structuré autour de quatre axes :

- I. Travail en équipe pluriprofessionnelle
- II. Système d'information
- III. Projet de santé et accès aux soins
- IV. Implication des patients

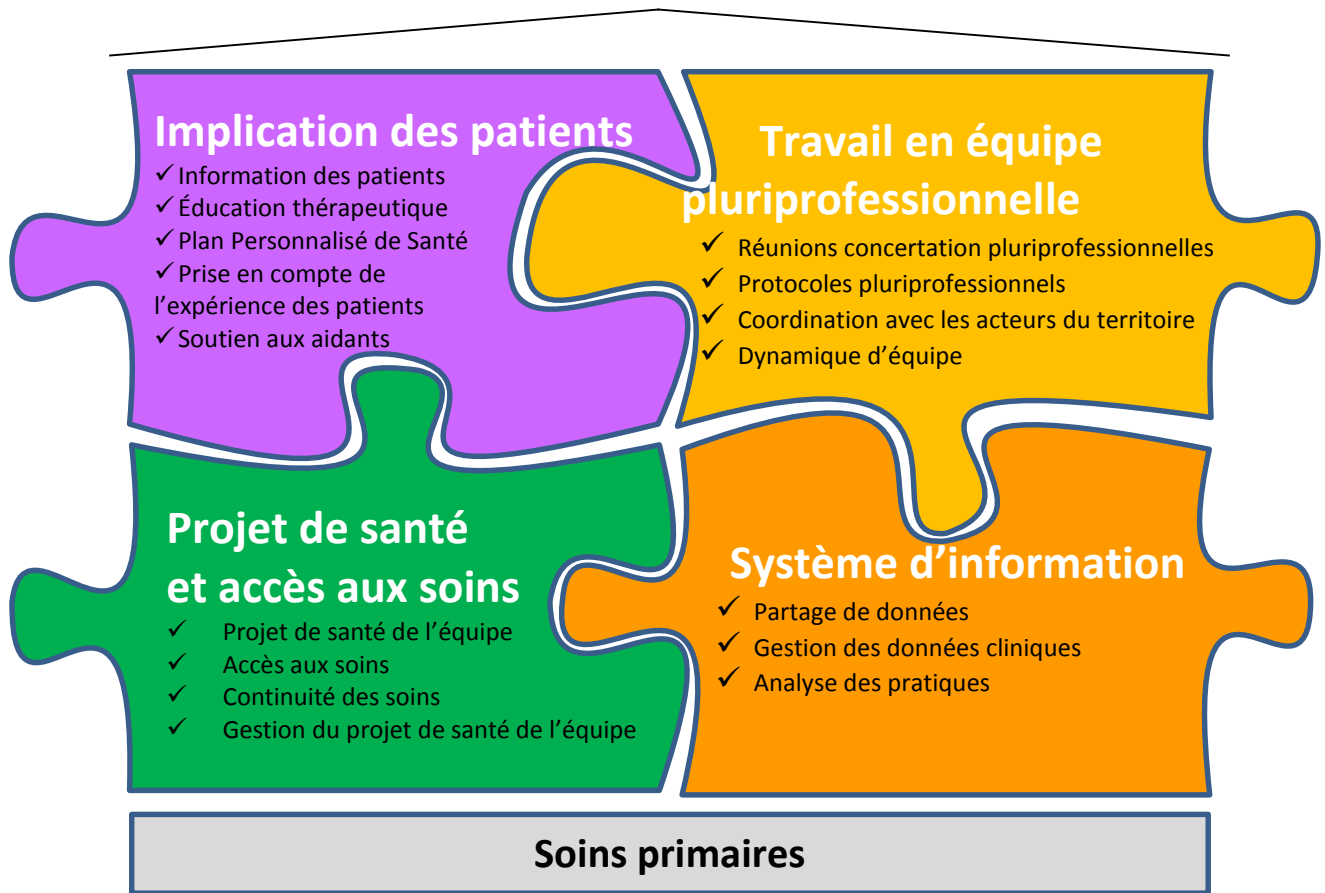
4.2. Chaque axe est décliné en plusieurs dimensions et précisé-par des caractéristiques

Chaque axe est décliné en 3 à 5 dimensions. Ces dimensions ont été choisies en regard de l'analyse de la littérature et de l'avis des experts et de représentants professionnels de telle sorte que :

- elles contribuent à organiser une prise en charge de qualité, globale et coordonnée ;
- elles soient adaptées au contexte français des soins primaires.

Pour chaque dimension, 5 caractéristiques ont été identifiées. Issus de la littérature et des avis des experts, ces caractéristiques correspondent aux éléments de structuration/de performance d'une dimension. Dans le cadre du référentiel présenté ici, il a été choisi de ne pas hiérarchiser ces caractéristiques afin de laisser à l'équipe le soin de déterminer la manière dont elle souhaite structurer sa démarche de progression.

4.3. Les dimensions



TRAVAIL EN EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

Il est indispensable tant pour la qualité des soins que pour la qualité de vie au travail.

➤ Réunion de concertation pluriprofessionnelle

Elles sont organisées autour de trois objectifs : prendre une décision pour gérer une situation complexe présentée par un patient, rechercher la cause d'un évènement indésirable et définir a priori les modalités de prise en charge optimale d'une catégorie de patients. Elles peuvent déboucher sur un plan personnalisé de santé, sur des mesures de sécurisation des soins ou encore un protocole pluriprofessionnel. Au-delà de ces objectifs, elles contribuent puissamment à développer une culture pluriprofessionnelle (reconnaissance mutuelle, relations de confiance...) qui sera le ciment de l'équipe. Même si beaucoup d'équipes organisent spontanément de telles réunions, il est nécessaire de les structurer autour de quelques principes (regard croisé, référence aux données de la littérature, suivi des décisions) sans quoi elles risquent de ne pas être efficaces et, par conséquent, d'être abandonnées.

➤ Protocoles pluriprofessionnels

Un protocole pluriprofessionnel décrit, pour une situation type, le schéma optimal de prise en charge par l'équipe en précisant qui fait quoi, quand comment. Ces protocoles sont élaborés ou adoptés par l'équipe en tenant compte des données de la science (recommandations de la HAS...) et de l'environnement local de travail (ressources...). Ces protocoles sont un moyen efficace pour organiser la prise en charge de situations complexes ou peu fréquentes. Pour autant, beaucoup de protocoles restent inappliqués faute d'un suivi et d'une analyse de leur mise en place. C'est la raison pour laquelle il est important de les associer à des indicateurs de pratique clinique, partagé par l'équipe et, autant que possible, renseignés dans le dossier des patients.

Par ailleurs, la HAS met en place un **centre de ressources en soins primaires** pour aider les équipes à élaborer des protocoles pluriprofessionnels. *Lien présentation centre de ressources en soins primaires.*

➤ **Coordination avec les autres acteurs du territoire**

La coordination avec les autres acteurs du territoire (établissements, coordinations d'appui, spécialistes, médico-social, soins palliatifs...) est nécessaire pour répondre à l'ensemble des besoins des patients mais aussi pour éviter les ruptures dans leur prise en charge. Elle repose sur des procédures communes qui méritent d'être explicitées. Outre la possibilité de les partager et de les diffuser plus facilement, cette explicitation permet d'analyser leur mise en œuvre effective et, sur cette base, d'identifier les difficultés et/ou les besoins à prendre en compte par les acteurs du territoire, notamment par l'ARS..

➤ **Dynamique d'équipe**

La solidité de l'équipe et la qualité de vie au travail sont à la fois l'objectif visé et la condition d'une action efficace. Une attention particulière doit donc être portée à cette dimension (analyse de la satisfaction...). La qualité de vie au travail a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie des professionnels et la performance collective de la structure. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle considère chaque professionnel, quelle que soit sa place comme acteur de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles. La qualité de vie au travail interroge l'organisation du travail afin de veiller à ce que celle-ci soit en adéquation avec les valeurs des professionnels, favorise de bonnes relations au sein de l'équipe, permette la conciliation entre la vie privée et vie professionnelle. Elle s'intéresse également aux conditions physiques du travail dans un objectif de maintien de la santé des professionnels.

SYSTEME D'INFORMATION

Un dossier médical informatisé peut soutenir efficacement la coordination des soins et l'amélioration des prises en charge à condition qu'il soit utilisé de façon à pouvoir exploiter ses différentes fonctionnalités. Une partie de ces fonctionnalités suppose de paramétrer les logiciels c'est-à-dire de recueillir des données cliniques de manière standardisée que ce soit en cours de consultation ou après.

➤ **Partage de données cliniques**

Le partage d'informations cliniques nécessaires à la continuité et à la coordination des soins est facilité par l'utilisation de l'informatique à condition que :

- l'équipe se mette d'accord sur les modalités de ce partage (quelles informations ? comment ?) ;
- l'équipe dispose de moyens ad hoc pour cela en commençant par l'utilisation d'une messagerie sécurisée qui permet de renforcer les échanges et de développer une culture de partage et en visant un dossier partagé unique à terme.

➤ **Gestion/utilisation des données cliniques**

Pour optimiser la prise en charge des patients, les professionnels ont intérêt à pouvoir identifier tous les patients présentant une pathologie donnée (p.e. diabète), voire plus précisément ceux pour lesquels un examen doit être envisagé (p.e. réalisation d'un FO) ou encore ceux dont le résultat d'un examen clinique ou para-clinique indique un mauvais état de santé (taux d'HbA1c >8%). Grâce à cela, pour un patient donné ou pour l'ensemble des patients concernés, ils peuvent, de manière proactive, programmer la réalisation de l'examen, adresser un rappel, leur proposer des actions complémentaires (séance d'éducation thérapeutique....), analyser leurs situations lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle pour optimiser leur prise en charge.

➤ **Analyse des pratiques**

Les indicateurs de pratique clinique permettent l'explicitation et l'évaluation des pratiques, étapes indispensables à leur amélioration, que ce soit dans le cadre de dispositifs de type « paiement à la performance » ou dans celui de démarches qualité initiées par l'équipe. La mesure de ces indicateurs doit reposer sur des données saisies en cours de consultation faute de quoi un temps et une énergie importante sont consacrés à ce travail ce qui limite sa faisabilité.

PROJET DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

➤ **Projet de santé de l'équipe**

Le projet de santé, document de référence de l'organisation, mis à jour chaque année et collectivement, définit les objectifs communs visés par l'équipe et adoptés par tous. Il rend compte de l'analyse des besoins de santé de la population et des actions prioritaires retenues par l'équipe et il précise ses bases de fonctionnement. Il inclut les relations avec les autres acteurs du territoire (hôpital, spécialistes du second recours, secteur médico-social et social...). Au-delà de la feuille de route, le projet de santé incarne la vision stratégique qui réunit l'équipe. A ce titre, son élaboration doit être considérée comme un processus fondateur qui peut prendre du temps.

NB : l'analyse des besoins de santé ne s'entend pas exclusivement à travers des indicateurs de santé publique. Les professionnels de terrain peuvent l'appréhender à travers leur pratique ou toutes autres sources d'informations (avis de représentants d'usagers ou d'élus locaux...).

➤ **Accès aux soins**

L'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit (OMS). Le préalable pour garantir l'accès aux soins est de définir la population ou le territoire dont l'équipe se considère responsable. Sur cette base, une attention est portée aux personnes les plus fragiles en raison, notamment, d'un handicap, qu'il soit physique, social ou psychique et la coordination avec les différents acteurs de santé du territoire (médicaux, médico-sociaux, sociaux) est recherchée.

➤ **Continuité des soins**

La continuité de soins est définie comme la capacité des organisations à délivrer les soins appropriés au bon moment. Pour cela, l'équipe doit s'assurer qu'un professionnel, qu'il soit de premier ou de second recours, est en capacité à prendre en charge le patient au moment où celui-ci en a besoin et dispose, pour cela, des informations nécessaires.

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

La mise en œuvre effective d'un projet de santé suppose de faire évoluer des façons de travailler, d'intégrer de nouvelles pratiques, de développer des partenariats. Cet engagement doit être organisé et soutenu au quotidien par des professionnels de l'équipe responsable de telle ou telle action. Par ailleurs, des difficultés, voire des tensions, surviendront inéluctablement. Pour y faire face, l'équipe doit se doter d'une gouvernance professionnelle robuste, impliquant tous ces membres. Cette gouvernance s'attache à préciser les modalités de prise de décision, de désignation de ses responsables ou encore de gestion des conflits.

IMPLICATION DES PATIENTS

Favoriser l'implication active des patients est une des principales conditions d'une prise en charge optimale et est avant tout la responsabilité des professionnels de soins primaires par leur intervention quotidienne auprès des patients.

➤ **Information des patients.**

Cette information, délivrée sous forme de plaquettes ou à travers des nouveaux média, sera d'autant plus efficace qu'elle est exprimée de la même manière par l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge.

➤ **Education thérapeutique (ETP)**

Au-delà des programmes structurés qui font l'objet de financements spécifiques, l'éducation thérapeutique est une démarche que chaque professionnel peut / doit intégrer à sa pratique quotidienne. En pratique, ils doivent pour cela :

- analyser comment le patient vit sa maladie, quels sont les problèmes qu'il rencontre et les ressources qu'il peut mobiliser pour y faire face.
- identifier avec le patient un nombre limité de problèmes dont la résolution est envisageable facilement ;
- définir des objectifs et, en regard, des actions simples et progressives à engager ;
- profiter de chaque contact avec le patient pour faire un point sur ces actions et l'atteinte de ces objectifs ;
- et à toutes occasions, délivrer des messages positifs.

Une telle démarche vise plusieurs objectifs : auto-surveillance, recours approprié aux soins...

Elle est d'autant plus efficace qu'elle est réalisée sur le lieu de soins habituel et qu'elle est partagée par plusieurs professionnels. Le plan personnalisé de santé peut être, pour cela, un support utile.

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

Le plan personnalisé de santé concerne avant tout les personnes qui présentent une situation complexe et pour lesquels il est nécessaire de coordonner l'intervention de nombreux acteurs. Il découle de l'évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Il résulte d'une concertation entre les professionnels et le patient et débouche sur un suivi. Il comprend un plan de soins, un plan d'aides et le cas échéant un plan d'éducation. Un coordonnateur du PPS doit être désigné pour superviser son suivi et s'assurer que le PPS est régulièrement révisé.

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

Reconnue comme une des dimensions de la qualité des soins, l'approche centrée sur le patient et ses proches est une démarche de soin respectant et intégrant leurs préférences, leurs besoins et leurs valeurs. Elle suppose de recueillir et d'analyser l'expérience telle que rapportée/vécue par les patients afin de pouvoir adapter l'organisation des prises en charge. Ce recueil prend différentes formes (questionnaire de satisfaction, etc.) et concerne potentiellement tous les aspects de cette prise en charge (accueil, continuité, gestion de la douleur...). La prise en compte de l'avis des patients peut aussi se traduire par leur implication directe dans certaines réunions.

➤ **Soutien aux aidants**

Les aidants des personnes souffrant de maladies chroniques ont une très forte morbi-mortalité, parfois sous-estimée par les aidants eux-mêmes comme par les professionnels. C'est donc un sujet qui devrait faire l'objet d'une attention particulière de l'ensemble des professionnels.

Par ailleurs, des formations communes entre les aidants et les professionnels peuvent être très utiles pour améliorer la prise en charge des patients mais aussi soutenir et reconnaître le travail des aidants.

4.4. Plusieurs de ces dimensions sont décrites dans un référentiel court et documenté (fiches « points-clés et solutions »)

Élaborée par la HAS avec les professionnels de santé, une fiche points-clés et solutions porte sur un levier organisationnel (système d'information...) ou un épisode de soins critique (sortie d'hospitalisation...). Ce dernier décrit, sur une période de temps limitée, pour la prise en charge clinique et organisationnelle : ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas manquer, ce qu'il faut éviter et les conditions à remplir. Une fiche points-clés et solutions comporte aussi des supports (grilles, check-lists, indicateurs...) et des liens hypertexte renvoyant aux autres productions pertinentes sur le sujet. Elle décrit quelques initiatives réalisées en France à titre d'exemple.

4.5. La relation entre les dimensions et les objectifs

Chaque dimension ou caractéristique contribue à un ou plusieurs des objectifs de l'équipe tels que décrit dans le chapitre 4.

	L'équipe pluriprofessionnelle doit être capable de :	Dimensions correspondantes du référentiel
1	Répondre aux besoins de la population	III.8. Projet de santé de l'équipe I. 4. Dynamique d'équipe IV.15. Prise en compte de l'expérience des patients
2	Garantir l'accès aux soins	III. 9. Accès aux soins
3	Assurer la continuité des soins	III. 10. Continuité des soins II. 5. Partage de données
4	Organiser un suivi coordonné pluriprofessionnel	III. 11. Gestion du projet de santé de l'équipe I. 1. Réunions de concertation pluriprofessionnelles I. 2. Protocoles pluriprofessionnels I. 3. Coordination avec les autres acteurs du territoire IV. 14. Plan Personnalisé de Santé
5	Gérer les populations de façon proactive	IV. 14. Plan Personnalisé de Santé II. 6. Gestion des données cliniques
6	Gérer (anticiper) les ruptures entre les interfaces	III. 10. Continuité des soins I. 3. Coordination avec les autres acteurs du territoire II. 6. Gestion des données cliniques
7	Accompagner les patients et Soutenir les aidants	IV. 12. Information des patients IV. 13. Education thérapeutique (ETP) IV. 14. Plan Personnalisé de Santé IV. 15. Prise en compte de l'expérience des patients IV. 16. Soutien aux aidants
8	Garantir la qualité des soins	I. 1. Réunions de concertation pluriprofessionnelles I. 2. Protocoles pluriprofessionnels I. 4. Dynamique d'équipe II. 7. Analyse des pratiques
9	Prendre en compte l'avis du patient (<i>patient centered care</i>)	IV. 13. Education thérapeutique (ETP) IV. 14. Plan Personnalisé de Santé IV. 15. Prise en compte de l'expérience des patients
10	Prendre en charge l'ensemble des besoins du patient (médico-psycho-sociale) [lien avec le social et les différents services]	III. 8. Projet de santé de l'équipe III. 9. Accès aux soins I. 3. Coordination avec les autres acteurs du territoire I. 4. Dynamique d'équipe IV. 13. Education thérapeutique (ETP) IV. 14. Plan Personnalisé de Santé

5. En pratique, comment se sert-on de ce référentiel ?

5.1. Pour élaborer des grilles d'autoévaluation et des supports didactiques d'accompagnement

Les acteurs (ARS, URPS, FFMPs, FNCS, UNRs, ODPC....) qui souhaitent accompagner des équipes utilisent le référentiel comme base pour élaborer leur propre outil d'autoévaluation et supports didactique d'accompagnement.

Ces supports n'ont pas vocation à être validés par la HAS. Mais, comme cela a été fait avec la check liste², ils pourraient être valorisés et reconnus, par exemple en étant publiés sur le site de la HAS, dès lors qu'ils respectent certains critères :

- la démarche est organisée en référence explicite aux objectifs identifiés (Cf liste ci-dessous) et au référentiel d'analyse et de progression ;
- la grille d'autoévaluation respecte les 4 têtes de chapitres et prend en compte les 16 dimensions. Toutefois, elle peut être complétée d'autres dimensions ;
- la démarche d'autoévaluation respecte les modalités de passation à savoir :
 - auto-évaluation par chaque membre de l'équipe,
 - synthèse de ces autoévaluations par consensus de la majorité des membres de l'équipe ;
- la démarche débouche sur une des actions d'amélioration concrète, pour chacune d'entre elle, un calendrier, des moyens / modalités et un responsable étant définis ;
- la mise en œuvre effective des actions est évaluée et un retour d'information est organisé pour l'ensemble des membres de l'équipe.

De plus, les promoteurs doivent accepter de :

- renseigner une présentation de la démarche entreprise (enjeux, objectifs, contexte, modalités, ressources mobilisées, partenariat...) ;
- évaluer la mise en œuvre effective des actions d'amélioration de chaque équipe ;
- transmettre à la HAS les coordonnées des professionnels engagés afin de leur adresser un questionnaire de satisfaction et s'assurer de son remplissage ;
- identifier les difficultés rencontrées et les leviers de réussite, faire des propositions d'amélioration de la démarche, identifier les initiatives dignes d'intérêt imaginées / prises par les équipes ;
- mutualiser leurs supports.

5.2. Pour organiser la démarche des équipes.

Pour une dimension donnée, chaque professionnel de l'équipe pointe les caractéristiques mises en œuvre d'après lui. L'équipe partage ensuite le résultat de ce travail pour obtenir un consensus sur les caractéristiques de leur organisation. Si elle le souhaite, elle peut, pour cela, se positionner sur une échelle analytique à quatre niveaux : aucun élément, quelques éléments, la plupart des éléments, tous les éléments.

Sur cette base, l'équipe définit les objectifs/progression à atteindre au cours de l'année à venir, et ceux des années précédentes à renforcer. Pour cela, elle détermine, parmi les caractéristiques qui n'ont pas encore été intégrées dans sa façon de travailler, la (les)quelle(s) pourraient être envisagées c'est-à-dire la (les)quelle(s) sont :

- simples
- faisables à court terme,
- acceptées par l'ensemble de l'équipe

Par exemple : Pour les réunions de concertation pluriprofessionnelles, si l'équipe se réunit déjà régulièrement avec un ordre du jour mais sans compte rendu et qu'elle a déjà bien intégré la deuxième caractéristique, elle pourrait envisager de :

- a) rédiger un CR systématiquement,*
- b) se réunir une fois pour préciser/définir « les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par la pathologie ou les situations cliniques »*

² Pour la check liste du bloc opératoire, une ossature a été proposée par la HAS. Les spécialités l'ont adaptée en fonction de leurs spécificités. Ces versions ont été publiées sur le site de la HAS.

c) *suivre les décisions*

Ensuite, l'équipe définit les moyens et les modalités pour mettre en œuvre les actions retenues et pour évaluer l'atteinte des objectifs

Par exemple

a/ définir qui va rédiger le CR, quand le premier CR sera rédigé et comment il sera diffusé.

b/ définir date de la réunion et un responsable pour l'organiser

c/ reprendre le CR précédent en début de réunion

L'équipe renouvelle, 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.

6. Annexe méthodologie

Ce référentiel a été élaboré par :

- un groupe d'experts³, composé en majorité de collaborateurs de la HAS et de quelques experts choisis pour leur connaissance scientifique sur un thème ciblé. Ces experts participent, soit à des travaux menés avec la HAS (SI, éducation thérapeutique), soit à des travaux nationaux ou internationaux (travaux européens sur les matrices, publication sur le travail d'équipe). Ce groupe est chargé d'analyser la littérature scientifique et de préparer le travail présenté au groupe des parties-prenantes ;
- un groupe des parties prenantes correspondant à des représentants professionnels : CMG, Collège des masseurs kinésithérapeutes, FFMPs, Fédération des centres de santé (FNCS), UNPS, UNRs, CNURPS médecins. Ce groupe est chargé de donner son avis sur les dimensions et les caractéristiques à retenir, leur formulation, la présentation du référentiel et les modalités de son utilisation sur le terrain.

³ Françoise ANNEZO, Claude ATTALI, Philippe COLOMBAT, Hector FALCOFF, Josselin LE BEL, Frédéric VILLEBRUN, Rémy BATAILLON, Jean Michel CHABOT, Franck LAUREYNS, Florence MARECHAUX, Michel VARROUD-VIAL, René AMALBERTI