



HAL
open science

Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Quentin Dupasquier

► **To cite this version:**

Quentin Dupasquier. Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04565667

HAL Id: dumas-04565667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04565667>

Submitted on 2 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DUPASQUIER Quentin

Présentée et soutenue publiquement le 28 mars 2024

**Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé
Pluriprofessionnelle (MSP)**

Président du jury : Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Cabinet Médical Lamartine à Clermont-Ferrand

Directeur de thèse : Monsieur MENINI Thibault, Maître de Conférences des Universités Associé, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Maison de Santé de Pontgibaud

Co-directeur de thèse : Monsieur MARTIN Yoann, Docteur, Maison de Santé de Pontgibaud

Membres du jury : Madame BEDHOMME Sabrina, Professeur des Universités Associé, UFR de Pharmacie de Clermont-Ferrand, Pharmacie Europe à Chamalières

Membres du jury : Madame DEROUET Claire, Chargée de projet recherche et qualité, FemasAURA&Co, Saint-Just-en-Chevalet



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR
DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - GILAIN Laurent - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LAURICHESSE Henri - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - LUSSON Jean-René - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VAGO Philippe - VIALLET Jean-François - VERRELLE Pierre - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - BIGNON Yves Jean - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - POULY Jean-Luc - VORILHON Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale
M. CANIS Michel	option Clinique
Mme PENAUT-LLORCA Frédérique	Gynécologie-Obstétrique
M. BOIRIE Yves	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. CLAVELOU Pierre	Nutrition Humaine
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurologie
M. CAMILLERI Lionel	Neurochirurgie
M. LLORCA Pierre-Michel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. PEZET Denis	Psychiatrie d'Adultes
M. SOUWEINE Bertrand	Chirurgie Digestive
M. BOISGARD Stéphane	Réanimation Médicale
Mme DUCLOS Martine	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. SCHMIDT Jeannot	Physiologie
M. BERGER Marc	Médecine d'Urgence
M. GARCIER Jean-Marc	Hématologie
M. SOUBRIER Martin	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
	Rhumatologie

M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie

1ère CLASSE

M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

2ème CLASSE

M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. ERIVAN Roger	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. MATHIEU Sylvain	Rhumatologie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Physiologie

2ème CLASSE

M. BIDET Yannick Biologie Cellulaire
Mme GUILLET Christelle Physiologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. CAMBON Benoît Médecine Générale
M. BERNARD Pierre Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme MIRAND Audrey Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

2ème CLASSE

M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement
Mme ROLLAND-DEBORD Camille	Pneumologie
M. ROUANET Jacques	Dermato-Vénérologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Sciences du Médicament
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. PIZON Frank	Sciences de l'Éducation

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Biologie Cellulaire
Mme AUBEL Corinne	Biologie Cellulaire
M. DALMASSO Guillaume	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. SOLER Cédric	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie Cellulaire
M. PINEL Alexandre	Physiologie
Mme MONIER Florie	Psychologie
Mme POLICARD Florence	Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale
M. MENINI Thibault	Médecine Générale
Mme BŒUF-GIBOT Sylvaine	Médecine Générale
M. HIDALGO BACHS Louis	Médecine Générale

Remerciements et dédicaces

A Monsieur le Dr Thibault MENINI

Je t'adresse mes sincères remerciements pour ton accompagnement en tant que directeur de thèse. Je suis reconnaissant de ta disponibilité, ton soutien et tes encouragements tout au long de ce travail, que ce soit lors de sa présentation au congrès du CNGE qu'au cours des premiers entretiens semi-dirigés. Ce fut un immense plaisir de travailler à tes côtés.

A Monsieur le Dr Yoann MARTIN

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse qui m'a permis de vivre ces expériences ô combien enrichissantes et d'avoir pu faire la rencontre des professionnels si inspirants et motivés qui ont participé à ce projet. Tu as toute ma gratitude pour ta participation à la codirection de cette thèse. Je garderai un souvenir ému de mon dernier stage d'internat de SASPAS à la MSP de Pontgibaud à tes côtés.

A Madame Claire DEROUET

Je t'exprime ma reconnaissance pour ton soutien et tes précieux conseils. J'ai beaucoup apprécié de travailler avec une personne aussi compréhensive, rigoureuse et disponible que toi à chaque étape de ce projet. Encore merci.

A Madame le Pr Hélène VAILLANT-ROUSSEL

Je vous présente mes remerciements pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse et vous exprime ma gratitude pour l'attention que vous portez à ce travail.

A Madame le Pr Sabrina BEDHOMME

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein du jury de cette thèse. Je vous exprime ma reconnaissance pour l'intérêt que le sujet de ma thèse a pu susciter.

Aux autres membres du collectif recherche de la FemasAURA&Co : Dr Pierre DE HAAS, Dr Etienne DESLANDES, Sylvain FONTE, Emmanuelle FOURE-DELORME, Dr Pierre-Luc MEYER

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée pour mener à bien ce projet sur lequel vous vous êtes tant impliqués.

A mes parents Myriame et Gilles et à mon frère Alban

Un grand merci pour vos encouragements, votre amour et votre soutien indéfectibles durant toutes ces années. Je suis fier de ces valeurs de travail et d'humilité que vous avez su m'inculquer.

A ma compagne Julia

Un grand merci d'égayer mon quotidien et de jouer un si grand rôle dans mon épanouissement personnel. Je suis redevable de ton soutien, ton dévouement et ta patience depuis de nombreuses années.

A chacun des membres de ma famille : mes grands-parents, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines.

Merci d'avoir partagé des moments mémorables ensemble. Je suis heureux d'avoir grandi et de grandir avec vous.

J'adresse enfin une pensée toute particulière à mon « Papy des Michels »

Table des matières

Remerciements et dédicaces	9
Table des matières	10
Liste des tableaux et figures.....	12
Liste des abréviations	13
ARTICLE 1 : Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) : identification d'indicateurs quantitatifs par les professionnels de santé. Une étude qualitative par entretien de groupe.....	15
INTRODUCTION	16
METHODE	18
RESULTATS	19
DISCUSSION	24
RESUME	27
REFERENCES	29
ARTICLE 2 : Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) : sélection et reformulation par méthode Delphi des indicateurs quantitatifs identifiés par les professionnels de santé	31
INTRODUCTION	32
METHODE	34
RESULTATS	35
DISCUSSION	37
CONCLUSION	39
REFERENCES	42
CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE LA THESE :	44
Liste des Annexes	45
Article 1	45
Annexe 1 : Guide entretien V1 - Article 1	45
Annexe 2 : Guide entretien V4 - Article 1	47
Annexe 3 : Tableau II - Tableau des caractéristiques des participants - Article 1	50
Annexe 4 : Tableau III - Tableau des 151 indicateurs identifiés par les professionnels de santé - Article 1	51
Article 2	56
Annexe 1 : Tableau II - Résultats de la première ronde Delphi - Article 2	56
Annexe 2 : Tableau III - Résultats de la deuxième ronde Delphi - Article 2.....	71
Annexe 3 : Tableau IV - Résultats de la troisième ronde Delphi - Article 2	84

Serment d’Hippocrate	89
Version courte	89
Version intégrale	90

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Article 1

Tableau I : Caractéristique des MSP participantes

Article 2

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants du groupe Delphi

Tableau V : Liste finale des indicateurs inclus dans l’outil

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACSC : Ambulatory Care Sensitive Conditions
AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale d'Etat
AMI : Acte Médical Infirmier
AOD : Anticoagulants Oraux Directs
ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe
AT : Arrêt de Travail
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVECSanté : Avenir des Equipes Coordonnées Santé
AVK : Anti-Vitamine K
BDCA : Broncho-Dilatateur de Courte durée d'Action
BNP : Brain Natriuretic Peptide
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CADYA : CAtegorisation des Dysfonctionnements en Ambulatoire
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COEP : Contraception Orale EstroProgestative
COMACS : COopération dans les MAisons de santé et Centres de Santé
COREQ : CONSolidated criteria for REporting Qualitative research
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
DCGDR : Direction de la Coordination de la Gestion du Risque
DFG : Débit de Filtration Glomérulaire
DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite
EIAS : Evènements Indésirables Associés aux Soins
EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire
ECG : ElectroCardioGramme
FemasAURA&Co : Fédération des Maison de Santé et de l'Exercice Coordonné en Auvergne Rhône Alpes
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV : Human PapillomaVirus
HBA1c : Hémoglobine Glyquée
HCQI : HealthCare Quality Indicators
HSPA : Health System Performance Assessment
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IOM : Institute of Medicine
IPS : Index de Pression Systolique
IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
MG : Médecin Généraliste
MK : Masseur-Kinésithérapeute
MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P4DP : Plateform For Data in Primary care
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile des patients hospitalisés
PREMs : Patient-Reported Experience Measures
PROMs : Patient-Reported Outcomes Measures
PSA : Prostate Specific Antigen
QPV : Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RMM : Revues de Morbi-Mortalité
SF : Sage-Femme
SIP : Système d'Information Partagé
SNDS : Système National des Données en Santé
SNIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

ARTICLE 1 : Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) : identification d'indicateurs quantitatifs par les professionnels de santé. Une étude qualitative par entretien de groupe.

Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) : identification d'indicateurs quantitatifs par les professionnels de santé. Une étude qualitative par entretien de groupe.

Creation of a support tool for the quality approach in multi-professional primary care practices (MPCP): identification of quantitative indicators by healthcare professionals. A qualitative study using group interviews.

Quentin Dupasquier¹, Claire Derouet², Pierre De Haas², Etienne Deslandes², Sylvain Fonte², Emmanuelle Fouré-Delorme², Pierre-Luc Meyer², Yoann Martin^{1,2}, Thibault Menini^{1,2,3}

¹Département de médecine générale, Université Clermont Auvergne, 28 place Henri Dunant, TSA 50400, 63001 Clermont-Ferrand, France

²FemasAURA&Co, 50 chemin de Croix Mission, 42430 Saint-Just-en-Chevalet, France

³Unité de recherche AutomédiCation aCcompagnement Pluriprofessionnel Patient, ACCePPT, Université Clermont-Auvergne, 28 place Henri Dunant, TSA 50400, 63001 Clermont-Ferrand, France

INTRODUCTION

Le déploiement de l'exercice coordonné en soins primaires s'inscrit dans un contexte d'évolution des besoins en santé de la population (gain d'espérance de vie dû principalement à la baisse de mortalité des âges les plus élevés (1), augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques (2)) mais aussi de l'offre en santé (accentuation des déserts en santé, évolution des attentes des nouvelles générations de professionnels de santé (3)). Il s'appuie sur un travail pluriprofessionnel qui s'est développé notamment par la constitution de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). La dynamique croissante du développement des MSP est illustrée par les chiffres de l'Assurance Maladie qui recense 2395 MSP en 2023 alors qu'elles étaient moins d'une vingtaine en 2008. En juin 2023, le ministère de la santé et de la prévention a déployé son plan d'action d'amélioration de l'accès au soin sur le territoire qui prévoit d'atteindre 4000 MSP en fonctionnement d'ici 2027 (4). L'enjeu actuel du développement de l'exercice coordonné ne se limite pas à la montée en charge du nombre de MSP mais aussi à celui de la démarche qualité au sein de ces structures.

Si la création des MSP suit un même cahier des charges, elles conservent chacune leur identité (historique du projet, typologie et dynamique de l'équipe, spécificité de territoire, profil de patientèle, modèles organisationnels et autres) créant une grande variabilité entre chaque structure (5). Des différences de maturité entre les équipes sont à noter, notamment sur le développement de la coordination et la coopération interprofessionnelle (6) et également sur la mise en œuvre d'une démarche qualité. Dorénavant inscrite dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), elle vise à une amélioration continue des pratiques et des prises en charge des patients.

Des outils d'appui à la démarche qualité existent. Sur le plan organisationnel, trois catégories d'instruments d'évaluation ont déjà été développés, essentiellement en Amérique du Nord et en Europe (7). Les matrices de maturité permettent aux équipes d'auto-évaluer leurs pratiques organisationnelles afin d'améliorer la qualité de prise en charge coordonnée et globale

des patients. Inspirée de l'International Family Practice-Maturity Matrix (IFP-MM) (8), la matrice de maturité développée par la HAS en 2014 (9) amène les professionnels à construire un autodiagnostic de l'organisation de la structure autour de 4 grands axes : le travail en équipe pluriprofessionnelle, le système d'information, le projet de santé et l'accès aux soins et l'implication des patients. Cette autoévaluation est régulièrement renouvelée afin d'acter les progrès réalisés et d'identifier de nouveaux objectifs. Les questionnaires d'évaluation, avec en France le questionnaire COMACS (10) permettent une auto-analyse du développement organisationnel et de la coopération interprofessionnelle des différents regroupements pluriprofessionnels en soins primaires. Enfin, les grilles d'accréditation, notamment utilisées aux Etats-Unis dans un but de labellisation et d'obtention de financement des « Patient Centered Medical Home » permettent d'établir un contrôle qualité de l'organisation en groupement professionnel par un évaluateur extérieur (11). D'autres instruments intègrent le ressenti du patient comme c'est le cas des enquêtes de satisfaction (12) ou encore du projet QualSoPrim co-construit par des sociologues et médecins généralistes de Brest et Rennes visant à réaliser une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires sur la base de critères suggérés par les patients ou leurs aidants (13). D'autres travaux s'intéressent à la sécurité des soins et à l'analyse des Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sur un modèle similaire aux Revues de Morbi-Mortalité (RMM). C'est le cas de la grille CADYA (14) appliquée dans 3 MSP en Lorraine (15). L'impact de ces instruments sur le service rendu au patient et leur appropriation par les équipes restent à prouver (16).

La démarche qualité s'appuie aussi sur l'élaboration, le suivi et l'analyse d'indicateurs de qualité des parcours de soins (17). L'usage de ces indicateurs par les professionnels de santé exerçant en MSP est peu développé en France comparé à d'autres pays (18). Les indicateurs existants sont essentiellement monoprofessionnels. L'extraction de données dans les Systèmes d'Informations Partagés (SIP) des MSP reste peu exploitée malgré une incitation de l'Assurance Maladie (19).

La Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Auvergne Rhône Alpes (FemasAURA&Co), forte de son expérience de terrain depuis 2008 dans l'accompagnement au développement de l'exercice coordonné souhaite soutenir et promouvoir la démarche qualité en MSP. Elle propose de développer et déployer un outil d'appui à la démarche qualité co-construit avec les MSP, composé d'indicateurs quantitatifs de moyens et de résultats dans le champ du soin et de la prévention. Son partenariat avec l'Assurance Maladie lui permet un accès au Système National des Données en Santé (SNDS) (20). Les indicateurs requêtés dans ces bases seront évalués à l'échelle d'une MSP et comparés aux moyennes régionales des MSP. Ils permettront la mesure et le suivi de leurs résultats d'équipe dans le temps en vue d'une amélioration des pratiques. L'hypothèse est que la mise à disposition de cet outil permette le soutien de la démarche qualité en MSP.

L'objectif de cette étude est d'identifier auprès des professionnels de santé exerçant en MSP les indicateurs quantitatifs requêtés dans les bases de données de l'Assurance Maladie qui leur permettraient d'engager une démarche qualité.

METHODE

Une étude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés a été conduite auprès de professionnels de santé exerçant dans 7 MSP du département du Puy-de-Dôme par l'équipe de recherche de la FemasAURA&Co.

Échantillonnage et modalité de recrutement des MSP

L'échantillonnage a été raisonné à variation maximale pour être représentatif de la diversité des profils des MSP. Au moins une MSP devait répondre à chacun des critères suivants : profil du territoire et de la patientèle (rurale, péri-urbaine, urbaine, Quartier Prioritaire de la politique de la Ville (QPV)), taille de l'équipe (plus ou moins 15 professionnels de santé), configuration du site (mono ou multisite) et ancienneté de la signature de l'ACI (datant de plus ou moins 3 ans). Les MSP devaient avoir signé l'ACI avant le 31 décembre 2021.

Critères d'inclusion des professionnels participant aux entretiens semi-dirigés

Les participants aux entretiens semi-dirigés devaient être des professionnels de santé médicaux, paramédicaux, et/ou coordinateurs exerçant dans les MSP sélectionnées. Une attention particulière portait sur la représentativité de la pluridisciplinarité et la participation du coordinateur des équipes participantes. Les coordinateurs accompagnant plusieurs MSP participantes ne pouvaient participer qu'au titre d'une seule d'entre elles. Les professionnels de santé à la fois membres de l'équipe de recherche et membres de certaines MSP de l'échantillon étaient exclus.

Recueil des données

Deux enquêteurs se sont déplacés dans les MSP sélectionnées de juin à juillet 2022 pour la conduite des entretiens. L'un des enquêteurs était modérateur des échanges (QD) et l'autre observateur (CD). Un guide entretien a été suivi et régulièrement actualisé (**Annexes 1 et 2**). Les entretiens avaient lieu dans les salles de réunion des MSP. Ils étaient enregistrés sur bandes audio à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits avec la fonction Dictée du logiciel Word et anonymisés. Chaque corpus était envoyé au référent de la MSP pour validation avant l'analyse.

Analyse des données

L'analyse des données a été faite par triangulation et suivant une méthode inductive générale par thématization. Un double codage a été réalisé de manière indépendante. Un code descriptif a été attribué à chaque unité de sens dégagée du verbatim. Les codes obtenus ont été ensuite regroupés et catégorisés par thématiques. Les thématiques pertinentes vis-à-vis de la question de recherche ont été enfin regroupées en des ensembles cohérents. Les enquêteurs ont procédé à une mise en commun de leur livre de codes après le deuxième entretien et des résultats de leur codage à l'issue de l'analyse. Le logiciel QSR Nvivo 13 a été utilisé.

Cadre éthique

Les participants aux entretiens s'engageaient par consentement individuel à la participation de l'étude après avoir eu une note d'information détaillant les objectifs et la réglementation de l'étude. Cette étude n'étant pas une recherche interventionnelle impliquant la personne humaine, elle se situe hors champ de la Loi Jardé et il n'a pas été nécessaire de

solliciter l’avis d’un Comité de Protection des Personnes. Elle a reçu un avis favorable n° 080922401 du comité d’éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Elle respecte l’engagement de conformité à la méthodologie de référence de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL) MR-004 et a fait l’objet de formalités déclaratives règlementaires auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l’Université Clermont Auvergne. Les données ont été stockées sur un serveur sécurisé de l’Université Clermont Auvergne. Elles seront conservées jusqu’à 10 ans après la publication du travail de recherche et seront définitivement supprimées par la suite.

RESULTATS

Caractéristiques de l’échantillon

Huit MSP répondant aux critères d’inclusion ont été contactées dont sept ont accepté de participer aux entretiens, la huitième n’a pas donné de réponse. Les sept entretiens semi dirigés ont été menés entre juin et juillet 2022. La suffisance des données a été obtenue à la fin du sixième entretien et a été confirmée par un septième. L’échantillon comprenait un total de 44 participants. La valeur médiane du nombre de participants par entretien était de cinq. La pluriprofessionnalité était représentée par 12 professions ou fonctions différentes. La valeur médiane du nombre de professions différentes par entretien était de quatre. Les caractéristiques des MSP participantes sont résumées dans le **Tableau I**. Les caractéristiques des professionnels participants sont renseignées en **Annexe 3 – Tableau II**.

MSP	Typologie	Configuration	Taille	Ancienneté	Nombre de participants	Nombre de professions
1	Péri-urbaine	Mono-site	Petite	Jeune	4	4
2	Rurale	Multisites	Grande	Ancienne	7	6
3	QPV	Mono-site	Petite	Jeune	4	3
4	Rurale	Mono-site	Petite	Ancienne	5	3
5	Urbaine	Mono-site	Grande	Jeune	10	7
6	Rurale	Mono-site	Grande	Ancienne	10	8
7	Urbaine	Mono-site	Petite	Jeune	4	4

Tableau I - Caractéristique des MSP participantes

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

QPV : Quartier Prioritaire de la politique de la Ville

Taille : Petite : <15 professionnels de santé ; Grande : ≥15 professionnels de santé

Ancienneté : Jeune : Signature des ACI < 3 ans ; Ancienne : Signature des ACI ≥ 3 ans

Résultats principaux

Les entretiens ont duré entre 1H15 et 1H45, durée moyenne d’1H36. Ils ont permis d’identifier 151 indicateurs répartis en 20 thématiques. Une équipe rapportait en moyenne 39 indicateurs.

L'hospitalisation était la thématique prédominante abordée au cours des 7 entretiens. Les hospitalisations évitables et de surcroît les ré-hospitalisations précoces étaient des marqueurs explicitement attribués au résultat d'une défaillance de la prise en charge pluriprofessionnelle.

*« Si un patient va à l'hôpital, c'est qu'on a laissé traîner, [...], qu'on n'a pas été assez réactif »
« Le recours à l'hospitalisation, globalement sur nos patients, oui ça peut être intéressant. Est-ce que, grâce à notre travail en équipe, on arrive à avoir moins d'hospitalisation que les autres »*

Le taux de patients réhospitalisés après une première hospitalisation, notamment pour insuffisance cardiaque était un indicateur jugé pertinent. Le délai entre le séjour index et la ré-hospitalisation prêtait à débat. Il amenait les équipes à examiner la question de l'influence des conditions du retour à domicile après hospitalisation sur la qualité de vie du patient et sur la survenue d'une ré-hospitalisation précoce. Elles requéraient donc un indicateur de continuité des soins renseignant sur le délai de la première visite à domicile par un des professionnels de santé de la MSP (infirmière, médecin généraliste ou kinésithérapeute) après retour d'hospitalisation.

« Par exemple, le délai de la première visite à domicile une fois qu'il [le patient] est sorti. Est-ce qu'il y a eu des aides tout de suite en place ? Dans quel délai, une fois que le patient est chez lui [...] est-ce que les infirmières sont revenues, kiné, portage des repas à domicile ? Enfin toutes les aides sociales paramédicales ou médicales »

Le recours « inapproprié » de la patientèle aux services d'urgence faisait aussi l'objet d'un indicateur car témoignait d'un défaut de communication ou d'organisation de la structure concernant l'accueil du patient. Les équipes étaient pleinement conscientes de l'influence qu'elles pouvaient avoir et estimaient pouvoir tirer profit de ce paramètre :

« Taux de recours aux urgences sans avoir eu de consultation préalable, ça c'est plus intéressant, [...] ce qui montrerait soit un manque d'éducation des patients soit une défaillance de notre part pour accueillir les soins non programmés de nos patients »

Une tendance se dégagait des entretiens quant au profil de la patientèle cible. Elle était volontiers gériatrique : âgée, polypathologique, en perte d'autonomie et atteinte de troubles neurocognitifs. Les indicateurs retenus étaient le taux d'hospitalisation de patients de plus de 80 ans, le taux d'hospitalisation pour difficulté de maintien à domicile, pour motif d'iatrogénie médicamenteuse ou bien de chute chez un patient sous anticoagulant ou non. En effet, les équipes estimaient que les profils de ces patients tiraient le plus de bénéfice d'une prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée efficiente

« le taux d'hospitalisation chez les personnes fragiles : j'ai l'impression que depuis qu'on travaille en MSP [...] on a un taux d'hospit moindre »

De plus, certaines équipes pouvaient faire part de la complexité à chiffrer ou seulement envisager la proportion de patients chroniques dans leur patientèle et le degré de sévérité de leur état. Les traitements de l'insuffisance cardiaque ou encore de la BPCO pouvaient être source de confusion du fait de leur manque de spécificité et l'ensemble des patients atteints de l'une ou l'autre de ces deux pathologies pouvaient ne pas répondre aux critères médicaux d'admission en Affection Longue Durée. Par conséquent, la requête des motifs d'hospitalisation dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) constituait une opportunité de repérer ces patients.

Les indicateurs d'hospitalisation formulés en ce sens se rapportaient à l'acutisation de pathologies chroniques avec notamment des taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO, décompensation cardiaque, complications liées au diabète. D'autres indicateurs s'intéressaient à l'iatrogénie comme les taux d'hospitalisation pour évènement iatrogène médicamenteux (insuffisance rénale aiguë sous antidiabétiques oraux, complication hémorragique sous anticoagulant).

La prévention était aussi largement abordée dans les entretiens. Les indicateurs formulés concernaient le dépistage des cancers (sein, col de l'utérus et colon). Un intérêt plus discret était porté aux troubles urologiques de l'homme de plus de 50 ans d'où des propositions de nombre de patients ayant bénéficié d'un dosage de PSA dans l'année voire une échographie prostatique. Des indicateurs de vaccination (COVID, DTP, grippe) ont été demandés avec notamment un taux de patients de 11 à 19 ans ayant reçu au moins deux doses de vaccin contre le HPV. Concernant le tabagisme, bien que conscient des biais qu'un tel indicateur soulèverait, plusieurs équipes souhaitaient avoir une estimation du nombre de leurs patients engagés dans une dynamique de sevrage par l'intermédiaire de la délivrance des substituts nicotiniques. Enfin, la contribution du pharmacien de l'équipe dans la prise en charge coordonnée concrétisée notamment par la réalisation d'entretiens pharmaceutiques et de séances d'éducation thérapeutique était régulièrement mise en avant et une volonté d'augmenter le nombre de ces interventions était souvent exprimée.

Le suivi des pathologies chroniques prévalentes en soins primaires intéressait de nombreux indicateurs.

- Pour la BPCO, les équipes exprimaient d'abord des difficultés de distinction des patients ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique.

« Sur la BPCO, on a quand même un problème de définition. Pas de cotation spécifique. Pas d'ALD quand ils ne sont pas à un stade sévère »

Des indicateurs de repérage ciblé et de suivi de ces patients étaient rapportés comme le nombre de patients ayant bénéficié d'une EFR ou d'une consultation annuelle de suivi spécialisée (pneumologique ou cardiologique).

L'observance médicamenteuse était aussi une préoccupation résultant d'un besoin d'indicateurs de consommation de bronchodilatateurs (de courte ou longue durée d'action).

« Et les BPCO, il faudrait les taux de prise de médicaments, moi j'ai plein de BPCO qui prennent peu leur traitement »

Afin de mieux repérer les patients exacerbateurs, la requête d'un taux de patients bénéficiant d'une antibiothérapie, d'oxygénothérapie à domicile ou de séances de kinésithérapie respiratoire avait été suggérée.

- Pour le diabète, les équipes désiraient des indicateurs de suivi et de coordination des soins : taux de patients diabétiques ayant un suivi ophtalmologique, cardiologique, angiologique, dentaire ou podologique. Elles demandaient aussi des indicateurs de dépistage des complications du diabète : taux de patients ayant bénéficié d'un dépistage de la rétinopathie diabétique (par l'orthoptiste de l'équipe ou non), d'un ECG annuel ; ou des indicateurs de surveillance biologique comprenant le dosage de l'HbA1c et la mesure du DFG des patients sous METFORMINE. Enfin, comme pour la BPCO, les équipes sollicitaient une requête des taux de patients diabétiques vaccinés contre le pneumocoque.

- Pour les maladies cardiovasculaires et notamment l'insuffisance cardiaque, la surveillance clinique et l'éducation thérapeutique du patient par l'intermédiaire du suivi infirmier à domicile étaient jugées bien plus pertinentes qu'une éventuelle surveillance de marqueurs biologiques (BNP). Plusieurs équipes ont évoqué le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile des patients hospitalisés (PRADO) et l'une d'entre elles la cotation AMI 5.8 :

« On prend l'éducation du patient et de son entourage, la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques [...] la surveillance des effets des traitements, leur tolérance et effets indésirables, [...] le contrôle des constantes cliniques [...] et l'état général »

Les équipes rapportaient aussi des indicateurs de nombre d'événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) dans la patientèle et de taux de consultations paramédicales de rééducation (orthophonistes et kinésithérapeutes) dans les suites.

La prescription et surveillance des anticoagulants (anticoagulants oraux directs essentiellement) intéressaient également les équipes avec des propositions récurrentes d'indicateurs de durée de prescription et de surveillance biologique de la fonction rénale.

« Il y a des gens qu'on retrouve avec ces traitements depuis 2 ou 3 ans sans aucune justification. Mettre en alerte l'équipe sur une partie de la patientèle avec des traitements anticoagulants depuis plus de 2 ans : ça peut donner matière à faire des RPP »

- Pour la santé mentale, les équipes déploraient unanimement leurs difficultés quotidiennes de coordination des soins face à une demande de soins grandissante et provenant de patients de plus en plus jeunes. Ils évoquaient des problématiques d'accès aux soins de psychiatrie et les délais de consultation mais aussi la contrainte financière des consultations avec un psychologue.

« Le psychologue c'est 50€ la séance donc ça limite, ça met un frein tout de suite à un nombre de gens, des gens souvent qui n'ont pas beaucoup de sous et qui en aurait besoin... donc ça va faciliter (la prescription) d'anxiolytiques. Et puis après les psychiatres... et bien 6 mois de délai. »

Des indicateurs de part de patients ayant bénéficié d'une consultation chez ces professionnels étaient jugés pertinents. Le constat de terrain précédent amenait systématiquement les équipes à aborder les questions d'automédication ou de surmédication. Il en découlait un besoin d'indicateurs de taux de patients traités par antidépresseur ou anxiolytique mais surtout de durée de prescription en ce qui concerne les hypnotiques ou les benzodiazépines. Les équipes comprenant un psychologue souhaitaient que son impact sur la prescription de ces traitements soit évalué.

- Pour les pathologies musculosquelettiques, les indicateurs identifiés intéressaient surtout la lombalgie chronique : consommation médicamenteuse (AINS, antalgique de palier 2), prescription d'imagerie, nombre et durée des arrêts de travail pour ce motif et taux de patients ayant bénéficié de séances de kinésithérapie.

- Pour la santé de la femme, la contraception a été abordée avec des indicateurs de taux de patientes sous dispositif intra-utérin ou sous contraception orale estroprogestative (COEP). Les médecins et sages femmes estimaient que de tels indicateurs pourraient changer leurs habitudes de prescription seulement si ces derniers étaient pondérés à l'âge (sous entendant l'opportunité d'un meilleur repérage des femmes de plus de 35 ans sous COEP).

- Dans une moindre mesure, les équipes ont identifié des indicateurs s'intéressant à la dénutrition, l'obésité et la prise en charge des plaies et ulcères. La participation des

orthophonistes et orthoptistes au cours des entretiens a permis d'aborder la question des dépistages des troubles neurodéveloppementaux et neurosensoriels au sein des populations pédiatriques.

Certaines équipes accordaient une importance à la caractérisation de leur patientèle. Elles identifiaient des déterminants d'ordre démographique (volume de la patientèle traitante de la MSP, médecins et professions paramédicales comprises, nombre de patients de plus de 80 ans), médical (taux de patients bénéficiaires d'une ALD et leur répartition selon l'âge, taux d'ALD psychiatriques, nombre de patients insuffisants cardiaques) ou social (nombre de patients bénéficiaires d'une AME, de la C2S, en rupture de droit ou bien ayant un numéro de sécurité social provisoire). Un indicateur renseignant le taux de patients bénéficiant à la fois d'une prise en charge par le médecin généraliste et par les professionnels paramédicaux de la structure était rapporté. Ces caractéristiques ont été retenues comme de potentiels indicateurs composant le « profil patientèle ».

L'intégralité des indicateurs rapportés est détaillée en **Annexe 4 – Tableau III**.

Résultats secondaires :

Au cours des entretiens, les équipes émettaient quelques réserves.

La démarche pluriprofessionnelle du projet avancé lors de sa présentation pouvait être contestée.

« Le but de travailler en maison de santé c'est quand même de travailler en pluripro et là je suis d'accord pour dire que c'est très médecin centré et je trouve ça dommage »

La première raison est que la requête des données de santé dans les bases de l'Assurance Maladie s'applique sur une patientèle « médecin traitant » qui n'est pas totalement représentative de la patientèle d'équipe de la MSP.

« On a du pluri pro. Avec l'orthoptiste, avec les kinés on a plein de patients en commun et qui n'ont pas forcément un med G ici, [...] on le fait du coup officieusement mais ce n'est pas forcément reconnu quoi »

La seconde raison repose sur une problématique récurrente de cotation des actes et prestations. Certains professionnels de la MSP parmi les paramédicaux, bien que pivot dans la prise en charge coordonnée des patients, réalisent des actes non cotables et non requêtables dans les bases de données de l'Assurance Maladie. L'exemple le plus fréquent est celui de l'infirmière ASALEE pour laquelle la réalisation des spirométries, des ECG, et des séances d'Éducation Thérapeutique du Patient ne bénéficient d'aucune cotation ;

« Ce que fait 06ASI justement pour le suivi des patients diabétiques ; quand c'est elle qui fait les IPS, les monofilaments, les ECG, tout ça, et bien il n'y a pas de cotation sécu donc ça disparaît complètement »

Cette même remarque prévalait également pour les professionnels non conventionnés (psychologues ou diététiciens).

Certains médecins reconnaissaient de plus un manque de rigueur dans la cotation des actes.

« Il faudrait qu'on commence par-là déjà, par coter ce qui existe, ça améliorera peut-être notre pratique et le suivi »

L'implication dans le projet de l'Assurance Maladie en tant qu'intermédiaire dans la requête de leurs données de santé pouvait amener les équipes à exprimer un apriori.

« C'est compliqué ce que vous nous demandez. Créer des indicateurs pour juger de notre activité, c'est aussi pour des histoires financières, il y a toute une histoire par rapport aux ACI. Si c'est s'auto-juger pour que l'Assurance Maladie nous juge sur notre activité... »

Cet apriori était aussi manifeste, notamment lors de l'investigation d'indicateurs visant à mesurer l'impact médico-économique de leurs pratiques. Les indicateurs de consommations médicamenteuses (globales ou ciblant les psychotropes, les antibiotiques ou les antalgiques de palier 2 ou de bilan biologique étaient jugés pertinents à conditions qu'ils apportent une plus-value dans l'évaluation du service rendu au patient et à la qualité des soins.

« En fréquence, en nombre d'actes absolus, ça m'intéresse, mais en prix, en soit moins. Ce n'est pas moi qui fais le budget de la sécu. [...] L'objectif de faire des économies à la sécu, il arrive en 2e ou 3e ligne dans mes critères »

Enfin, si l'outil offre l'opportunité aux équipes d'un comparatif avec les autres MSP de la région, ces dernières craignaient qu'un usage dévoyé de l'outil serve des travers de compétition.

« Je pense que ça a peut-être de l'intérêt de se comparer d'une année sur l'autre dans une même MSP mais se comparer entre MSP sur ces critères là ça ne me semble pas trop pertinent ».

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'identifier auprès des professionnels de santé exerçant en MSP les indicateurs quantitatifs qui leur permettraient d'engager une démarche qualité. Ces indicateurs recouvrent un champ de l'exercice des soins primaires et intègrent une dimension pluriprofessionnelle susceptible de répondre à des besoins d'équipe. La requête de telles données dans les Systèmes d'Information Partagés (SIP) des équipes était actuellement inenvisageable considérant la pluralité des logiciels utilisés et la disparité de codage des actes. Le choix s'est donc porté sur les bases de données de l'Assurance Maladie. Au sein de ces bases, le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) entrepose des données pseudonymisées regroupant les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il comprend le codage détaillé des médicaments, des dispositifs médicaux délivrés et des actes techniques cotés par les professionnels de santé (21). Certains professionnels paramédicaux réalisent des actes non cotables et non requêtables dans les bases de données de l'Assurance Maladie, limitant la représentativité des données pour l'équipe.

D'autres part, ces données ne peuvent être requêtées que pour la patientèle « médecin traitant » qui peut différer des patientèles des autres professionnels de santé de l'équipe et ne couvrent donc pas l'ensemble des patients des MSP. Ces éléments pouvaient engendrer un sentiment de frustration durant les entretiens. Cette limite pourrait être levée par une reconsidération des soins primaires autour de la notion « d'équipe traitante » défendue par le mouvement AVECSanté (22).

Forces et limites de l'étude

Cette étude a été conçue par l'équipe de recherche de la FemasAURA&Co. Chacun des membres de l'équipe de recherche exerce en MSP et a donc une bonne connaissance de l'exercice coordonné, des réalités et des besoins du terrain.

Les critères de scientificité de l'étude ont été validés à l'aide de la grille COREQ (23). Les aspects et étapes du processus de recherche ont été consignés dans un journal de bord. Il n'existe pas à ce jour d'outil exploitant des données de santé à l'échelle d'une MSP identifiées par des équipes de terrain. Les indicateurs ainsi obtenus font état de besoins susceptibles d'être partagés par une multitude de MSP ce qui suppose une meilleure appropriation de l'outil. L'échantillon est représentatif des MSP dans la mesure où les critères de diversité des MSP (typologie, configuration, taille et ancienneté) ont été respectés. Il satisfait aussi au critère de pluriprofessionnalité comme en témoigne la valeur médiane de nombre de participants (cinq) et du nombre de professions (quatre) par entretien. Ce dernier point doit être nuancé du fait d'une forte représentativité de la profession de médecine générale (16 participants sur 44 soit 36%) et des modalités de comptabilisation des professions. En effet, certains professionnels de santé remplissent plusieurs fonctions durant leur temps de travail. Une infirmière libérale participante pouvait par exemple concomitamment avoir une activité de coordinatrice et d'infirmière ASALEE au sein de la MSP. L'orientation des réponses fournies par cette participante au cours des entretiens pouvait dépendre de la fonction endossée. Trois professions différentes étaient alors comptabilisées (**Annexe 3 - Tableau II**).

Perspectives

Les indicateurs identifiés par les professionnels de santé exerçant en MSP au cours de ce travail peuvent constituer la première ébauche d'un outil adapté à leurs besoins qui leur permettrait d'engager une démarche qualité. Cet outil, édité annuellement par l'Assurance Maladie à l'attention des MSP leur servirait d'appui pour s'autoévaluer et engager des actions correctives vis-à-vis des indicateurs les moins performants. Une autre étude s'intéressera au déploiement de l'outil à l'échelle régionale et aura pour objectif de mieux appréhender son impact sur la mise en œuvre de la démarche qualité en MSP.

Ce travail montre aussi que les données de santé en soins primaires dont pourraient bénéficier les MSP engagées dans une démarche qualité sont difficilement exploitables à ce jour. L'outil établi tirerait profit des bases de l'assurance maladie mais ne permettrait de répondre qu'en partie aux besoins des équipes. En effet, certaines des données sollicitées par les équipes ne sont pas requêtables dans ces bases tandis que les professionnels les consignent eux-mêmes dans leur propre SIP. Cette observation est à l'origine du projet Platform for Data in Primary care (P4DP) (24) qui vise à créer le premier entrepôt de données de santé de médecine générale à l'échelle nationale notamment à partir des données des SIP des MSP. Cette perspective permettrait d'enrichir la liste d'indicateurs à disposition des MSP.

CONCLUSION

Les 151 indicateurs identifiés par les professionnels de santé dans ce travail ne peuvent constituer tels quels l'outil d'aide à la démarche qualité par leur nombre trop important. Certaines des propositions ne sont de plus pas requêtables en l'état dans les bases de données de l'Assurance Maladie. Une partie d'entre elles, bien que jugées informatives vis-à-vis de l'état de santé de la patientèle et des pratiques, n'incite pas les équipes à une amélioration de leurs pratiques. D'autres encore couvrent des besoins trop circonstanciels pour convenir à la majorité des MSP. Un second travail de sélection et de reformulation si nécessaire des indicateurs par méthode de consensus par un groupe d'experts de l'exercice pluriprofessionnel en MSP s'est avéré nécessaire. Les résultats de ce travail feront l'objet d'un second article.

RESUME

Introduction : *L'exercice coordonné en soins primaires s'est accru ces dernières années via l'essor des MSP. Ces équipes présentent des différences de maturité notables, notamment sur l'élaboration d'une démarche qualité qui vise à l'amélioration continue des pratiques. Leur volonté à engager cette démarche s'accompagne d'un besoin d'outils opérationnels et accessibles comme des indicateurs qui leur permettent de s'auto-évaluer au fil du temps.*

Objectif : *L'objectif de l'étude est d'identifier auprès des professionnels de santé exerçant en MSP les indicateurs quantitatifs requêttables dans les bases de données de l'Assurance Maladie qui leur permettraient d'engager une démarche qualité.*

Méthodes : *Une étude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés a été conduite auprès de professionnels de santé exerçant dans 7 MSP du Puy-de-Dôme. La méthode d'échantillonnage utilisée a été raisonnée et à variation maximale. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, anonymisés puis retranscrits manuellement. L'analyse des données s'est faite par triangulation suivant une méthode inductive générale par thématisation.*

Résultats : *Les participants ont identifié 151 indicateurs quantitatifs de moyens et de résultats répartis en 20 thématiques notamment l'hospitalisation, la prévention, la prise en charge de pathologies prévalentes ou l'interprofessionnalité.*

Discussion : *L'une des forces de ce travail est qu'il propose le développement d'un outil inédit comprenant des indicateurs de soins identifiés par des équipes de terrain permettant un suivi des résultats à l'échelle d'une MSP. La seconde est qu'il a été réalisé avec une méthodologie qualitative rigoureuse. L'une des limites est que les indicateurs quantitatifs requêttables dans les bases de données de l'Assurance Maladie s'appliquent uniquement à la patientèle médecin traitant des MSP et ne permettent pas de couvrir l'ensemble de leurs besoins.*

Conclusion et perspectives : *Les 151 indicateurs identifiés par les professionnels de santé dans ce travail ne peuvent constituer tels quels l'outil d'aide à la démarche qualité par leur nombre trop important. Un travail de sélection et de reformulation des indicateurs par méthode de consensus a été réalisé. Les résultats seront présentés dans un second article.*

Introduction: *Coordinated practice in primary care has grown in recent years with the development of multi-professional primary care practices (MPCP). Teams vary considerably in their level of maturity, particularly for developing a quality approach that aimed at the continuous improvement of practices. Their willingness to embark on this approach requires operational and accessible tools, such as indicators that enable them to self-assess over time.*

Objective: *The aim of the study was to identify quantitative indicators from healthcare professionals working in MPCPs that could be queried in the Assurance Maladie databases, enabling them to initiate a quality approach.*

Methods: *A qualitative study based on semi-directed group interviews was carried out with healthcare professionals working in 7 MPCPs in the Puy-de-Dôme region. The sampling method used was purposive, with maximum variation. Interviews were recorded on Dictaphone, anonymized and then manually transcribed. Data analysis was based on triangulation, using a general inductive method based on thematization.*

Results: *The participants identified 151 quantitative indicators of means and results, divided into 20 themes, including hospitalization, prevention, management of prevalent pathologies and interprofessionality.*

Discussion: *One of the strengths of this work is that it proposes the development of a novel tool comprising care indicators identified by field teams, enabling results to be monitored at MPCP level. The second is that it was carried out using a rigorous qualitative methodology. One*

limitation is that the quantitative indicators provided by the Assurance Maladie apply only to the MPCPs' GP patients, and do not cover all their needs.

Conclusion and outlook: *The 151 indicators identified by healthcare professionals in this work cannot be used as a tool to support the quality approach, as there are too many of them. The indicators were selected and reformulated using a consensus method. The results will be presented in a second article.*

REFERENCES

1. Papon S. Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés - Insee Focus - 157 [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4160025>
2. Fourcade N, Von Lennep F (DREES), Grémy I, Bourdillon F (Santé publique France) (dir.), Luciano L, Rey S (DREES), Bauchet E, Grémy I, Vernay M (Santé publique France) (coord.) et al. (2021, janvier). L'état de santé de la population en France - Rapport 2017. Rapports.
3. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. 1er janvier 2023
4. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 sept 2023]. Accès aux soins dans les territoires : Agnès Firmin Le Bodo a annoncé le plan d'action pour atteindre 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles d'ici 2027. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/acces-aux-soins-dans-les-territoires-agnes-firmin-le-bodo-a-annonce-le-plan-d>
5. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire: Rev Fr Adm Publique. 23 mars 2018;N° 164(4):887-902.
6. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes: Santé Publique. 22 oct 2015;Vol. 27(4):539-46.
7. François P, Cardaci C, Lopez-Ruiz C, Boussat B, Marchand O. Les outils d'évaluation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires : revue systématique. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. févr 2017;65(1):61-9.
8. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. BMJ Qual Saf. 1 déc 2010;19(6):e48-e48.
9. Haute Autorité de Santé HAS. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Saint-Denis La Plaine; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel
10. Marie Jeanney, Mathieu Piau. Conception et validation d'un outil d'évaluation de l'organisation des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires en France. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01683094
11. Shi L, Lock DC, Lee DC, Lebrun-Harris LA, Chin MH, Chidambaran P, Nocon RS, Zhu J, Sripipatana A. Patient-centered Medical Home capability and clinical performance in HRSA-supported health centers. Med Care. 2015 May;53(5):389-95. doi: 10.1097/MLR.0000000000000331. PMID: 25793267; PMCID: PMC4530496.

12. Jeanmaire T, Jendoubi K, Vuattoux P, Chazerand P. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients: Santé Publique. 29 mars 2009;Vol. 21(hs1):91-101.
13. Fabre C, Briantais O, Louazel M. Etablir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluri professionnels intégrant le point de vue des patients en situation complexe et de leurs aidants. Etude QualSoPrim.
14. Chanelière M et coll. "Cadya : un outil pour analyser des incidents en soins primaires" Risques & qualité en milieu de soins 2014 ; 11 (2) : 34-40.
15. Champagne C . Démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle : recueil et analyse des EIAS. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. fihal-01932169f
16. De Haas P. Place actuelle et à venir des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé et des CPTS dans la construction d'un service de médecine de proximité. Médecine Mal Métaboliques. août 2023;S195725572300158X.
17. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 mars 2024]. Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/inscrire-la-qualite-et-la-pertinence-au-coeur-des-organisations-et-des>
18. McKay AJ, Gunn LH, Vamos EP, Valabhji J, Molina G, Molokhia M, et al. Associations between attainment of incentivised primary care diabetes indicators and mortality in an English cohort. Diabetes Res Clin Pract. avr 2021;174:108746.
19. Polton D. Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France: Rev Fr Aff Soc. 22 oct 2010;(3):97-101.
20. Qu'est-ce que le SNDS ? | SNDS [Internet]. [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>
21. Composantes du SNDS | SNDS [Internet]. [cité 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Composantes-du-SNDS>
22. Leïla. AVECsanté. 2023 [cité 2 oct 2023]. 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles : oui, mais de qualité ! Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/?p=4897>
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
24. Health Data Hub [Internet]. [cité 13 nov 2023]. P4DP, un consortium pour créer le premier entrepôt de données de santé pour la médecine générale. Disponible sur: <https://www.health-data-hub.fr/actualites/p4dp-un-consortium-pour-creer-le-premier-entrepot-de-donnees-de-sante-pou>

**ARTICLE 2 : Création d'un outil d'appui à la démarche
qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) :
sélection et reformulation par méthode Delphi des
indicateurs quantitatifs identifiés par les professionnels de
santé**

Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) : sélection et reformulation par méthode Delphi des indicateurs quantitatifs identifiés par les professionnels de santé

Construction of a tool to support the quality approach in multi-professional primary care practices (MPCP): selection and reworking by Delphi method of the quantitative indicators identified by healthcare professionals.

Quentin Dupasquier¹, Claire Derouet², Pierre De Haas², Etienne Deslandes², Sylvain Fonte², Emmanuelle Fouré-Delorme², Pierre-Luc Meyer², Yoann Martin^{1,2}, Thibault Menini^{1,2,3}

¹Département de médecine générale, Université Clermont Auvergne, 28 place Henri Dunant, TSA 50400, 63001 Clermont-Ferrand, France

²FemasAURA&Co, 50 chemin de Croix Mission, 42430 Saint-Just-en-Chevalet, France

³Unité de recherche AutomédiCation aCcompagnement Pluriprofessionnel Patient, ACCePPT, Université Clermont-Auvergne, 28 place Henri Dunant, TSA 50400, 63001 Clermont-Ferrand, France

INTRODUCTION

La qualité des soins est définie par l'Institute of Medicine (IOM) des Etats-Unis comme étant « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (1). L'OMS ajoute que « les services de santé de qualité doivent être efficaces, sûrs, centrés sur la personne, disponibles en temps opportun, équitables, intégrés et efficaces » (2). Cette définition n'a cessé d'évoluer ces dernières décennies, intégrant la perspective de multiples acteurs, et de plus en plus celle du patient. La qualité du soin est donc une notion multidimensionnelle dont l'appréciation est complexe. Son appréciation peut se baser sur des mesures relatives à la structure de soins (*structure* : qualité des ressources employées via l'établissement de normes pour les établissements et équipements de santé), au processus de soins (*process* : moyens fournis par le professionnel de santé pour maintenir ou améliorer la santé au sein de l'interaction soignant-patient) ou aux résultats finaux (*outcome* : l'impact du soin sur l'état de santé, la survie ou la satisfaction du patient) (3). L'évaluation de la qualité des soins est largement utilisée en milieu hospitalier et depuis longtemps avec notamment la certification, la mesure des IQSS (indicateurs de qualité et de sécurité des soins) et l'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités à risques (4). Elle est beaucoup moins standardisée en ce qui concerne les soins primaires du fait de la diversité des structures de soin et des modes d'exercices. Des outils d'aide à l'engagement d'une démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) existent (matrice de maturité, questionnaires d'évaluation, grilles d'accréditation, enquêtes de satisfaction, échelle de sécurité des soins) mais aucun ne comprend des indicateurs de soins identifiés par des équipes de terrain permettant un suivi des résultats à l'échelle de la MSP.

Les indicateurs de qualité en santé sont des outils de mesure permettant « d'évaluer un état de santé, une pratique, une organisation ou la survenue d'un événement, ainsi que son évolution dans le temps » (5). Ils sont utilisés comme indicateurs de performance par les organisations sanitaires et sociales d'envergure telles que l'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) (6) ou l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) avec ses Healthcare Quality Indicators (HCQI) (7).

Une première revue de la littérature (8) datant de 2015 et publiée dans *Journal of Public Health Management and Practice* identifiaient 556 indicateurs de qualité rapportés par 10 organisations européennes, canadiennes, américaines et australiennes. Une seconde revue plus récente (9) de 2021 a renseigné les 17 indicateurs de qualité les plus fréquemment recensés parmi 905 indicateurs issus de 23 organisations de 15 pays différents. Le nombre d'indicateurs de qualité issus de la littérature internationale est donc considérable et s'explique par la diversité et la spécificité des objectifs et des défis recherchés.

Les méthodes de recherche employées pour développer des indicateurs de qualité des soins peuvent s'appuyer sur deux approches (10). Les premières approches dites « non-systématiques », parmi lesquelles figurent les études de cas, reposent sur l'analyse de données issues d'un événement critique et par conséquent ne respectent pas le principe d'Evidence-Based-Medicine. C'est le cas des secondes approches dites « systématiques » qui utilisent les données scientifiques d'études cliniques rigoureuses (*content validity*). Lorsque les preuves scientifiques sont limitées, elles peuvent justifier le recours à l'avis d'experts dont l'accord peut être obtenu par des méthodes de consensus (*face validity*). Leurs utilisations sont indiquées pour synthétiser des opinions de professionnels et particulièrement sur des domaines au sein duquel l'interprétation de la qualité peut être sujette à controverse. La méthode Delphi fait partie des méthodes de consensus appliquées notamment pour développer des outils d'évaluation (11) ou des indicateurs de santé (12).

La FemasAURA&Co (Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Auvergne Rhône Alpes), forte de son expérience de terrain dans l'accompagnement au développement de l'exercice coordonné souhaite soutenir et promouvoir la démarche qualité en MSP. Elle propose de développer et déployer un outil co-construit avec les MSP, composé d'indicateurs quantitatifs de moyens (*process*) et de résultats (*outcomes*) dans le champ du soin et de la prévention qui pourraient être requêtés dans les bases de données de l'Assurance Maladie. Cet outil permettrait la mesure et le suivi de leurs résultats d'équipe dans le temps en vue d'une amélioration des pratiques. L'hypothèse est que la mise à disposition de cet outil permette le soutien de la démarche qualité en MSP.

Une étude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés a été conduite de juin à juillet 2022 auprès de professionnels de santé exerçant dans 7 MSP du Puy-de-Dôme. Elle a permis d'identifier 151 indicateurs répartis en 20 thématiques qui leur permettraient d'engager une démarche qualité. Ils ne peuvent constituer tels quels l'outil d'aide à la démarche qualité par leur nombre trop important.

L'objectif de cette étude est d'obtenir un consensus au sein d'un groupe d'experts dans le travail en équipe pluriprofessionnelle en MSP sur le choix parmi ces indicateurs de ceux qui constitueront l'outil d'aide à la démarche qualité en MSP.

METHODE

Méthode Delphi

Une sélection des indicateurs par méthode de consensus Delphi a été conduite de septembre à octobre 2022.

La méthode Delphi est une démarche validée s'appuyant sur des convergences d'opinions d'experts sur des sujets précis et l'établissement d'un consensus (13). Elle suppose la constitution d'un panel d'experts et plusieurs étapes successives d'envoi de questionnaires, de dépouillement et d'exploitation des réponses. Sept professionnels de santé, expérimentés dans l'exercice pluriprofessionnel en MSP ont constitué le panel.

Trois rondes ont été effectuées pour ce travail.

La première ronde s'est déroulée en ligne via l'utilisation de l'outil Google Form. Son objectif était d'obtenir un premier consensus sur l'évaluation de la pertinence de chaque indicateur dans l'outil et les possibilités de requête dans les bases de données de l'Assurance Maladie. Les participants pouvaient soit retenir, soit rejeter soit proposer une reformulation de l'indicateur. Les indicateurs ayant obtenu au moins 50% des votes était conservés. Les propositions de reformulations étaient prises en compte et comptabilisées à condition que l'indicateur ait obtenu au moins 50% de votes « retenus ». Un indicateur ayant été reformulé par au moins cinq des sept participants était retenu pour être rediscuté pour la ronde suivante.

La seconde ronde s'est déroulée en ligne selon des modalités similaires. L'objet de cette ronde était de sonder les participants sur les reformulations du tour précédent et de réduire davantage le nombre d'indicateurs restants. Ces derniers étaient retenus dans la liste finale des indicateurs formant l'outil à condition qu'ils obtiennent un pourcentage de vote supérieur ou égal à 80%. Les indicateurs ne respectant pas cette condition mais bénéficiant tout de même d'un pourcentage de vote supérieur à 50% étaient conservés pour être rediscuter lors d'une troisième ronde. Les autres étaient définitivement exclus.

La troisième ronde s'est déroulée en présentiel. Les participants étaient invités à proposer une redéfinition de chacun des indicateurs restants jusqu'à obtention d'une reformulation adéquate qui fasse consensus. Cette ronde était clôturée par un ultime vote anonyme via l'outil Google Form portant sur les indicateurs restants ou éventuellement reformulés. Ceux obtenant un pourcentage de vote supérieur ou égal à 80% étaient conservés dans la liste constituant l'outil.

Éthique

Cette étude n'étant pas une recherche interventionnelle impliquant la personne humaine et étant hors champ de la Loi Jardé, il n'a pas été nécessaire de solliciter l'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Elle a reçu un avis favorable n° 080922401 du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Elle respecte l'engagement de conformité à la méthodologie de référence de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) MR-004 et a fait l'objet de formalités déclaratives règlementaires auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université Clermont Auvergne. Les données ont été stockées sur un serveur sécurisé de l'Université Clermont

Auvergne. Elles seront conservées jusqu'à 10 ans après la publication du travail de recherche et seront définitivement supprimées par la suite.

RESULTATS

Données socio-démographiques des participants du groupe Delphi (tableau I)

Le panel comprenait sept professionnels de santé dont quatre médecins généralistes, une infirmière Asalée et coordinatrice, un masseur-kinésithérapeute et un pharmacien.

La moyenne d'âge était de 41 ans (min 33 ans ; max 68 ans).

Il y avait six hommes et une femme.

La durée moyenne d'exercice en MSP était de huit années (min 4 ans ; max 10 ans).

Un professionnel de santé (pharmacien) était indisponible pour la troisième ronde en présentiel.

Code participant	Age	Sexe	Statut	Durée d'exercice en MSP (années)
P1	68	M	Médecin généraliste	17
P2	38	M	Médecin généraliste	10
P3	34	M	Masseur-Kinésithérapeute	6
P4	41	F	Infirmière Asalée et coordinatrice	4
P5	40	M	Médecin généraliste	6
P6	35	M	Médecin généraliste	6
P7	33	M	Pharmacien	6

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants du groupe Delphi

Ronde 1 (Annexe 1, Tableau II)

La première ronde a eu lieu en distanciel par un questionnaire Google Form qui était accessible aux participants du 20 au 27 septembre 2022. Sept membres du groupe Delphi sur sept ont assisté à cette première ronde. La moyenne des votants était de 6,33. Seize des 20 thématiques ont été conservées, 70 des 151 indicateurs ont obtenu plus de 50% de vote positif dont 45 ont fait l'objet d'une ou plusieurs reformulations. Chacune des reformulations caractérisait un nouvel indicateur. Trois indicateurs n'ayant pas obtenu un vote majoritaire ont amené au moins cinq participants à proposer des précisions et ont été conservés pour être rediscutés portant à 125 le nombre d'indicateurs retenus pour la deuxième ronde, 78 indicateurs ont été définitivement exclus.

Ronde 2 (Annexe 2, Tableau III)

La seconde ronde a eu lieu en distanciel par un questionnaire Google Form qui était accessible aux participants du 29 septembre au 6 octobre 2022. Sept membres du groupe Delphi sur sept ont assisté à cette deuxième ronde. La moyenne des votants était de 6,76. Quatorze des

16 thématiques ont été conservées. Parmi 125 indicateurs retenus ou reformulés lors de la première ronde, 30 ont obtenu plus de 80% de vote positif et 46 ont obtenu entre 50 et 80% de vote positif et ont été retenus pour être discutés lors de la troisième ronde, 49 indicateurs ont été définitivement exclus.

Ronde 3 (Annexe 3, Tableau IV)

La troisième ronde s'est déroulée en présentiel le 13 octobre 2022. Six membres du groupe Delphi sur sept y ont assisté. La moyenne des votants était de 5,98. Douze thématiques parmi les 14 ont été retenues. Une thématique « autre » a été créée pour classer les indicateurs dont la thématique initiale était jugée peu appropriée. Les discussions préalables au troisième vote ont permis d'obtenir un consensus sur la reformulation de plusieurs indicateurs et le regroupement d'indicateurs jugés redondants. Parmi les 30 indicateurs ayant obtenu plus de 80% de vote positif à la deuxième ronde, les experts se sont accordés sur 27 indicateurs à inclure dans l'outil. Parmi les 46 indicateurs ayant obtenu entre 50 et 80% de vote positif à la deuxième ronde, les experts se sont accordés sur 43 indicateurs à soumettre à un troisième vote. 14 indicateurs sur 43 ont obtenu plus de 80% de vote positif rejoignant les 27 indicateurs déjà inclus dans l'outil, 29 ont été définitivement exclus.

La liste finale comprend 41 indicateurs répartis en 13 thématiques (**Tableau V**).

THEMATIQUES	Liste des indicateurs retenus
1.BPCO	1/ Taux de consommation de BDCA chez les patients consommateurs (en nombre de flacons délivrés)
	2/ Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque
2.CARDIO-VASCULAIRE	3/ Surveillance infirmière chez le patient insuffisant cardiaque
	4/ Délai de visite (MG/IDE) après sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque
3.DIABETE	5/ Taux de patients de plus de 65 ans sous metformine ayant eu au moins une mesure dans l'année du débit de filtration glomérulaire
	6/ Taux de recours au podologue chez les patients diabétiques
	7/ Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dépistage de la rétinopathie diabétique dans les deux dernières années
	8/ Taux de patients diabétiques ayant été vaccinés contre le pneumocoque
	9/ Nombre de patients diabétiques ayant eu un ECG depuis moins 2 ans
	10/ Taux de patients diabétiques ayant eu au moins une mesure du débit de filtration glomérulaire dans l'année
4.HOSPITALISATION	11/ Taux d'hospitalisation des patients de plus 80 ans
	12/ Taux de passage aux urgences pour maintien à domicile difficile
	13/ Taux de recours spontané aux urgences non précédé d'une consultation chez le médecin généraliste
	14/ Taux de patients adultes ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec le médecin généraliste le jour même
	15/ Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital tous motifs confondus
	16/ Taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois suivant une première hospitalisation pour ce motif
	17/ Taux de patients ayant une insuffisance cardiaque ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation cardiaque

	18/ Taux de patients ayant une BPCO ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation de BPCO
	19/ Taux de patients de plus de 70 ans ayant été hospitalisés dans l'année pour motif de chute
5.INTERPROFESSIONNELS	20/ Taux de patients qui ont eu au moins une consultation MG, MK, IDE dans le mois après un retour d'hospitalisation
6.MEDICO-ECONOMIQUE	21/ Coût médian de la consommation médicamenteuse par patient
	22/ Coût médian/moyen en prescription de biologie par patient par rapport à la moyenne régionale
7.PLAIES ULCERES + POST-CHIRURGIE	23/ Durée moyenne des soins infirmiers de pansements d'ulcères
8.PREVENTION	24/ Taux de patients de plus de 65 ans ou en ALD ayant bénéficié d'un bilan de médication
	25/ Taux de patients sous AVK ou AOD ou asthmatiques ayant eu un entretien thérapeutique
	26/ Taux de patientes de 25-30 ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 3 dernières années
	27/ Taux de patientes de 30-65 ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 5 dernières années
	28/ Taux de patients de 11 à 19 ans ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV
	29/ Taux de patientes ayant bénéficié d'une rééducation périnéale après une grossesse par SF ou MK
	30/ Taux de délivrance du vaccin DTP dans la patientèle sur les 20 dernières années
	31/ Taux de délivrance du vaccin de la grippe dans la patientèle
9.PROFIL PATIENTELE	32/ Nombre de patients sans médecin traitant à l'échelle d'un territoire
	33/ Volume de la patientèle traitante par MSP
10.SANTE MENTALE	34/ Durée de traitement par benzodiazépine
	35/ Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de benzodiazépine de plus de 12 semaines
11.TRAITEMENTS	36/ Taux de rupture de délivrance des traitements au long cours
12.TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEIDIE	37/ Durée moyenne des AT pour lombalgie chronique
	38/ Durée moyenne des AT pour lombalgie aigüe
13/ AUTRES	39/ Taux de patients pris en charge en masso-kinésithérapie après AVC
	40/ Taux de patients diabétiques et insuffisants rénaux chroniques ayant eu un dosage de la microalbuminurie depuis moins de 18 mois
	41/ Nombre de patients sous AOD ayant eu au moins une mesure du débit de filtration glomérulaire dans l'année

Tableau V : Liste finale des indicateurs proposés pour l'outil

BDCA : Broncho-Dilatateur de Courte durée d'Action ; MG : Médecin Généraliste ; IDE : Infirmière Diplômée d'Etat ; ECG : Electrocardiogramme ; BPCO : Broncho-Pneumopathie Obstructive Chronique ; MK : Masseur-Kinésithérapeute ; ALD : Affection de Longue Durée ; AVK : Anti-Vitamine K ; AOD : Anticoagulant Oral Direct ; SF : Sage-Femme ; MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; AT : Arrêt de Travail ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DISCUSSION

Ce travail a permis l'établissement d'un consensus au sein d'un groupe de professionnels de santé expérimentés dans le travail en équipe pluriprofessionnelle en MSP sur le choix d'indicateurs quantitatifs constituant un outil d'aide à la démarche qualité. Quarante-

et-un indicateurs appartenant à 13 thématiques ont été sélectionnés parmi 151 indicateurs identifiés préalablement par des professionnels de santé exerçant en MSP.

Pour comparer les indicateurs proposés dans l'outil d'aide à la démarche qualité en MSP avec les données internationales, on peut s'appuyer sur les résultats de la revue de la littérature de Nikolova (9). Vingt-trois cadres conceptuels développés par l'OMS, l'OCDE, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) et 15 pays européens, américains, d'Asie et d'Océanie ont été étudiés. Parmi les indicateurs de qualité des soins primaires les plus fréquemment rapportés, certaines similitudes peuvent être notées avec les indicateurs constituant l'outil, suggérant qu'en matière de qualité des soins appliquée aux soins primaires, certains paramètres semblent faire consensus. On retrouve des indicateurs de processus et de résultats couvrant des « ambulatory care sensitive conditions » (ACSCs) soit les pathologies et situations pour lesquelles la délivrance de soins ambulatoires efficaces et opportuns influent sur la survenue d'une hospitalisation. On observe également une concordance d'indicateurs d'efficacité (hospitalisation pour exacerbation ou complication de maladie chronique dont la BPCO, l'asthme et le diabète ainsi que la couverture vaccinale chez les enfants et contre la grippe chez les plus de 65 ans), des indicateurs de continuité des soins (consultation du généraliste dans les 7 jours après une sortie d'hospitalisation), et des indicateurs d'équité des soins (difficultés d'accès aux soins primaires).

Selon Campbell et son équipe, les recherches portant sur les indicateurs de qualité en soins primaires se concentrent bien plus souvent sur leur développement plutôt que sur leur application (10). Ces travaux s'intègrent justement au projet MSPProgress qui prévoit une évaluation de l'appropriation et de l'utilisation de ces indicateurs par les équipes de soins primaires. L'équipe de recherche de la FEMASAURA présume que l'outil aspirerait à davantage d'accessibilité que l'analyse organisationnelle proposée par la matrice de maturité validée par la HAS (14). Le fonctionnement de cette dernière est fondé sur une auto-évaluation qui peut paraître difficile pour de jeunes équipes justifiant l'intervention d'un coordinateur expérimenté et d'un accompagnement pour la mise en pratique du référentiel (supports d'accompagnement, tiers facilitateur, ...).

Campbell et son équipe rappellent aussi que même s'il est certainement impossible d'établir un outil de mesure irréprochable de la qualité des soins, il doit cependant répondre, dans la mesure du possible, à certaines caractéristiques dont la « feasibility », soit la validité, la fiabilité et le caractère requêttable de l'information (10). L'équipe de recherche de la FEMASAURA s'appuie sur l'utilisation des banques de données de l'Assurance Maladie pour répondre à ce critère. En contrepartie, l'outil ne permettrait pas de couvrir un aspect tout aussi important de la qualité des soins qu'est la sécurité du soin comme peut le proposer la grille CADYA (15). Elle porte sur l'analyse des Effets Indésirables Associés aux Soins (EAIS) sur le modèle des Revues de Morbidité et Mortalité (RMM) appliquée aux soins primaires. L'outil ferait aussi abstraction du point de vue de l'utilisateur, ne permettant pas l'inclusion d'indicateurs de qualité perçus par le patient, qu'ils soient de résultats des soins (PROMs) ou d'expérience des soins (PREMs) (16).

Forces et limites de l'étude

La méthode Delphi est une méthode d'élaboration de consensus validée. Dans ce travail, la méthode est « inspirée » de la méthode Delphi. Sept experts ont constitué le panel, ce qui

peut sembler peu vis-à-vis de ce qui est habituellement observé dans la littérature (17) (18). Ils font partie de l'équipe de recherche et ont participé à la conception de l'étude ce qui peut constituer un biais d'auto-sélection. Le faible nombre de participants du panel était compensé par la troisième ronde qui se veut inspirer de la méthode RAND/UCLA (19), forme particulière de la méthode Delphi au cours de laquelle une réunion présentielle permet d'aborder les points de désaccord et la possibilité de modifier la liste des indicateurs à traiter. Les premiers panels d'adéquation RAND étaient composés de neuf membres avec des variations selon les études allant de 7 à 15 participants. La qualification des experts recrutés ne peut être contestée mais des réserves peuvent être émises sur sa diversité. La surreprésentation des médecins généralistes, notamment lors de la troisième ronde du fait de l'absence du pharmacien (quatre médecins généralistes pour six professionnels de santé) aboutit nécessairement à une prépondérance statistique de point de vue d'une profession aux dépens des autres.

Le respect des prérequis de la méthode Delphi (20) renforce la validité interne de ce travail. L'utilisation de l'application Google Form permettait une anonymisation des réponses et des reformulations garantissant ainsi la libre expression des experts et limitant l'effet « leader d'opinion ». Le calendrier prévoyant une restriction du délai entre chaque tour a été respecté. Bien qu'un expert n'ait pu participer à la troisième ronde, l'implication et la motivation importantes des experts (eu égard aux nombres de reformulations et moyenne des votants) renforcent la validité interne de ce travail. Les analystes ont fait en sorte que l'organisation de la rétroaction et la simultanéité des données soient observées. De fait, les résultats des votes et les reformulations obtenus à chaque tour étaient synthétisés et renvoyés avant le tour suivant à chacun des participants. La troisième ronde a permis aux participants d'orienter les débats en fonction des reformulations émises par les autres experts et d'apporter des précisions. Les seuils retenus pour le consensus varient dans la littérature (21). Nous l'avons fixé à 80% pour notre travail afin d'obtenir un consensus fort sur la liste d'indicateurs qui constitueront l'outil.

CONCLUSION

L'outil pilote d'appui à la démarche qualité sera finalisé après une vérification auprès de la DCGDR des possibilités de requête des indicateurs dans les banques de données de l'Assurance Maladie. Un prototype sera ensuite testé au sein des MSP ayant participé à son élaboration mais aussi au sein de MSP naïves de cet outil pour tenir compte des retours des utilisateurs potentiels. Ce test fera l'objet d'un autre travail de recherche. Une version ajustée sera ensuite évaluée à plus large échelle au sein de 60 MSP de la Région Auvergne Rhône-Alpes. Edité annuellement et comparativement aux MSP régionales, il permettra aux équipes de s'autoévaluer, de se positionner et d'acter leur évolution au fil du temps sur la base de données fiables. Il repose sur des indicateurs identifiés par des professionnels de santé de terrain et est donc plus à même de répondre à leur besoin.

RESUME

Introduction : L'évaluation de la qualité des soins est complexe et assez peu standardisée dans le domaine des soins primaires considérant la diversité des structures de soin et des modes d'exercices. Pour les accompagner dans la démarche qualité, les MSP ont besoin d'indicateurs qui leur permettent la mesure et le suivi de leurs résultats d'équipe dans le temps en vue d'une amélioration des pratiques. Une première étude menée auprès de professionnels exerçant en MSP a permis d'identifier 151 indicateurs quantitatifs de moyens de résultats répartis en 20 thématiques qui leur permettraient d'engager une démarche qualité.

Objectif : L'objectif de la seconde étude est d'obtenir un consensus sur le choix d'indicateurs parmi ceux qui constitueront un outil d'aide à la démarche qualité en MSP.

Méthodes : Une méthode de consensus inspirée de la méthode Delphi a été conduite auprès d'un panel de sept professionnels de santé expérimentés dans le travail pluriprofessionnel en MSP. Trois rondes ont été effectuées : deux en distanciel par l'intermédiaire d'un vote en ligne, et une troisième en présentiel, inspirée d'une méthode RAND/UCLA.

Résultats : Quarante-et-un indicateurs et 13 thématiques ont été retenus pour constituer un outil d'aide à la démarche qualité en MSP.

Discussion : L'une des forces de ce travail est qu'il propose le développement d'un outil inédit comprenant des indicateurs de soins identifiés par des équipes de terrain, sélectionnés par un groupe d'experts, permettant un suivi des résultats à l'échelle de la MSP. Le respect des prérequis de la procédure Delphi octroie une bonne validité interne à cette étude.

Conclusion et perspectives : A partir des indicateurs obtenus et des données de l'Assurance Maladie, un outil pilote a été constitué. Il sera testé auprès des MSP ayant participé à son élaboration et de MSP naïves. Une version ajustée sera ensuite évaluée à une plus grande échelle pour mieux appréhender son impact sur la démarche qualité en MSP.

Introduction: Assessing the quality of care is complex and not very standardized in primary care, given the diversity of care structures and practice patterns. To support them in their quality approach, Multi-professional Primary Care Practices (MPCP) need indicators that enable them to measure and monitor their team results over time, with a view to improving practices. An initial study of professionals working in MPCPs identified 151 quantitative indicators of resources and results, divided into 20 themes, which would enable them to embark on a quality approach.

Objective: The aim of the second study is to reach a consensus on which of these indicators should be used to support the quality approach in MSPs.in MPCPs.

Methods: A consensus method inspired by the Delphi method was used within a panel of seven healthcare professionals experienced in multi-professional work in MPCPs. Three rounds were carried out: two remotely via online voting, and a third face-to-face, inspired by a RAND/UCLA method.

Results: Forty-one indicators and 13 themes were selected by Delphi consensus method to constitute a tool to support the quality approach in MPCPs.

Discussion: One of the strengths of this work is that it proposes the development of a novel tool comprising care indicators identified by teams in the field, selected by a group of experts, enabling results to be monitored at MPCPs level. Compliance with the prerequisites of the Delphi procedure gives this study good internal validity.

Conclusion and outlook: *On the basis of the indicators obtained and data from the Assurance Maladie, a pilot tool has been developed. It will be tested with the MPCPs involved in its development, as well as with MPCPs that were not involved. An adjusted version will then be evaluated on a larger scale to gain a better understanding of its impact on the quality approach in MPCPs.*

REFERENCES

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539.
2. Qualité des soins [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>
3. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA. 1988;260(12):1743–1748.
doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 févr 2024]. QualiScope - Qualité des hôpitaux et des cliniques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/en/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Comprendre les indicateurs. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs
6. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
7. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2023 [cité 5 févr 2024]. (Health at a Glance). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en
8. Simou E, Pliatsika P, Koutsogeorgou E, Roumeliotou A. Quality Indicators for Primary Health Care: A Systematic Literature Review. J Public Health Manag Pract. Sept 2015;21(5):E8-16.
9. Nikolova V. Indicators of Quality of Primary Care Used in Health Systems Performance Assessment.
10. Campbell SM. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care. 1 déc 2002;11(4):358-64.
11. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 23 févr 2016;315(8):801.
12. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of Mental Health Indicators in Korea. Psychiatry Investig. 2012;9(4):311.
13. Hasson F. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs. 2000;
14. Haute Autorité de Santé HAS. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Saint-Denis La Plaine; Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel

15. Chanelière M et coll. "Cadya : un outil pour analyser des incidents en soins primaires" *Risques & qualité en milieu de soins* 2014 ; 11 (2) : 34-40.
16. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs : panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
17. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 20 juill 2021;11(4):116-29.
18. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol.* avr 2014;67(4):401-9.
19. Fitch K, éditeur. *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual.* Santa Monica: Rand; 2001. 109 p.
20. Murphy, Black, Lamping, McKee, Sanderson, Askham, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess [Internet].* 1998 [cité 12 févr 2024];2(3). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta2030>
21. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs.* janv 2006;53(2):205-12.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE LA THESE :

L'outil pilote d'appui à la démarche qualité sera finalisé après une vérification auprès de la DCGDR des possibilités de requête des indicateurs dans les banques de données de l'Assurance Maladie. Un prototype sera ensuite testé au sein des MSP ayant participé à son élaboration mais aussi au sein de MSP naïves de cet outil pour tenir compte des retours des utilisateurs potentiels. Ce test fait l'objet d'un autre travail de recherche. Une version ajustée sera ensuite évaluée à plus large échelle au sein de 60 MSP de la Région Auvergne Rhône-Alpes. Edité annuellement et comparativement aux MSP régionales, il permettra aux équipes de s'autoévaluer, de se positionner et d'acter leur évolution au fil du temps sur la base de données fiables. Il repose sur des indicateurs identifiés par des professionnels de santé de terrain et est donc plus à même de répondre à leur besoin.

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur

Clermont-Ferrand, le 06/03/24
Le Président du Jury
Hélène Vaillant-Roussel



A handwritten signature in blue ink, which appears to be "Hélène Vaillant-Roussel", is written over a faint oval shape.

Liste des Annexes

Article 1

Annexe 1 : Guide entretien V1 - Article 1

PHASE	DOSSIER	THEME	SUJET	DATE DE CREATION	DATE DE REVISION	REVISE PAR
Départementale - 63	PRODUCTION	COLLECTE DES DONNEES	GUIDE ENTRETIENS	30/05/2022	30/05/2022	CM

Collecte de données qualitatives : guide d'entretiens			
Tâches	Commentaires	Qui ? Quand ?	Check
Equipe de travail pour la création	YM ED SF TM PdH EFD (mail et tel) PLM QD NV	24/05/2022	

Contenu du guide d'entretien	
Question brise-glace - 20min	<p>Orienter la discussion sur le sujet sans livrer la question de recherche directement :</p> <p>« Pourriez-vous me citer plusieurs actions correctives mises en place après avoir étudié ou suivi un évènement dans votre équipe ? »</p> <p>« Quand vous souhaitez mettre en œuvre une démarche qualité dans votre équipe, comment cela se passe-t-il concrètement ? »</p>
Présentation du sujet - 5min	<p>Justement, c'est l'idée de ce travail avec vous.</p> <p>Imaginez que vous pourriez avoir un outil facile d'utilisation (du type auto-évaluation, baromètre de la qualité), fourni annuellement par les CPAM départementales, composés d'indicateurs quantitatifs qui vous permettent de situer votre niveau par rapport à celui des autres MSP du département ou même de la région. Pour que vous vous appropriiez cet outil, quoi de mieux que d'y réfléchir avec vous ?</p> <p>L'objectif de cet entretien est de définir avec vous, des indicateurs quantitatifs qui permettraient d'instaurer une démarche qualité dans votre équipe.</p> <p>Etude portée par la Femasaura Modérateur : gère le temps, les objectifs, la dynamique de groupe. Observateur : gère le matériel d'enregistrement, accueille les participants, prise de note</p> <p><u>Consentement :</u> Les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. Vous pouvez à tout moment décider de vous retirer de l'étude en informant directement QD ou CD. Pour plus de détails, voir le formulaire de consentement.</p>

	<p><u>Rappel définition d'un indicateur</u> : « Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement à investiguer, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients » [HAS, 2021].</p> <p><u>Consignes</u> :</p> <p>Réfléchir aux prochaines questions en tant qu'équipe pluriprofessionnelle.</p> <p>L'important de cet entretien est de recueillir la variété des réponses et non un consensus d'équipe</p>
Questions	
Démarche qualité	
Démarche qualité - définition	<p>Que pouvez-vous dire d'une démarche qualité dans une MSP ?</p> <p>Comment mettre en œuvre une démarche qualité facilement ?</p>
Votre expérience avec la démarche qualité	<p>Avez-vous déjà mis en place une démarche qualité dans votre équipe ?</p> <p>Comment faites-vous dans votre équipe pour mettre en place une démarche qualité ?</p> <p>Dans quel domaine la mettez-vous en place ?</p> <p>Pensez-vous certains indicateurs quantitatifs sélectionnés avec soin, vous aideraient à mettre en place une démarche qualité ?</p>
Indicateurs	
Qualité des soins	<p>Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients diabétiques ?</p> <p>Comment peut-on améliorer la prise en charge des insuffisants cardiaques ?</p> <p>Quels indicateurs quantitatifs vous serviraient à améliorer la prise en charge des personnes âgées ?</p>
Prévention	<p>D'après votre expérience, sur quel type de dépistage de cancer serait-il intéressant de mettre l'accent en tant que MSP ?</p> <p>Sur quel type de vaccination aimeriez-vous progresser ?</p> <p>Comment aimeriez-vous évaluer l'observance ?</p>
Coût	D'après-vous, sur quel item aimeriez-vous faire des économies ?
Hospitalisation	Concernant l'hospitalisation, quels indicateurs vous semblent pertinents pour ... ?
Coopération interprofessionnelle	<p>En tant qu'équipe pluriprofessionnelle, quels seraient les indicateurs quantitatifs permettant d'évaluer la coopération interprofessionnelle ?</p> <p>Comment traduiriez-vous la coopération interprofessionnelle dans votre équipe ?</p>
Ouverture	Dans quel domaine pensez-vous que votre équipe pourrait s'améliorer pour optimiser la prise en charge des patients ?

Annexe 2 : Guide entretien V4 - Article 1

PHASE	DOSSIER	THEME	SUJET	DATE DE CREATION	DATE DE REVISION	REVISE PAR
Départementale - 63	PRODUCTION	COLLECTE DES DONNEES	GUIDE ENTRETIENS	30/05/2022	30/05/2022 31/05/2022 15/06/2022	CM CR TM

Collecte de données qualitatives : guide d'entretien	
Tâches	Qui
Equipe de travail pour la création	YM ED SF TM PdH EFD PLM QD

Contenu du guide d'entretien	
PARTIE I	
Questions à l'Equipe :	<p>Quelles professions sont représentées dans votre équipe (signataires du projet de santé) ?</p> <p>Combien de professionnels par professions ?</p> <p>Depuis quand êtes-vous signataire de l'ACI ?</p> <p>Depuis combien de temps estimez-vous travailler en équipe ?</p>
	<p><u>Rappel cadre réglementaire de la recherche</u></p> <p>Les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et ne seront accessibles qu'à l'équipe de recherche. Validation en cours auprès du comité d'éthique du CNGE - Engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004.</p> <p>Vous pouvez à tout moment décider de vous retirer de l'étude en informant directement QD ou CD.</p> <p>Pour plus de détails, voir le formulaire de consentement.</p> <p>Orienter la discussion sur le sujet sans livrer la question de recherche directement :</p>
Question brise-glace - 10min	<p>Modèle fun</p> <p>« Quelle spécialité culinaire de votre région améliore l'état de santé de vos patients ? »</p> <p>Modèle explicatif</p> <p>« Qu'avez-vous mis en place pour améliorer la qualité de vie de l'équipe ? »</p> <p>Réponse soirée conviviale. Indic : nombre de personnes présentes à la réunion</p> <p>Modèle idéaliste</p> <p>« Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place pour améliorer la qualité de la prise en charge de vos patients ? »</p>
Présentation du sujet - 15min	<p>Imaginez que vous puissiez avoir un outil facile d'utilisation (du type auto-évaluation, baromètre de la qualité), fourni annuellement par les CPAM départementales, composé d'indicateurs quantitatifs qui vous permettraient de situer votre niveau par rapport à celui des autres MSP du département ou même de la région. Afin qu'il réponde au mieux à vos attentes, quoi de mieux que d'y réfléchir avec vous ?</p> <p>L'objectif de cet entretien collectif est de définir avec vous, des indicateurs quantitatifs qui peuvent être requêtables par l'assurance maladie et qui permettraient d'instaurer une démarche qualité dans votre équipe.</p>

	<p>Rappel définition d'un indicateur : « Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement à investiguer, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients » [HAS, 2021].</p> <p>Exemple hors de notre champ d'étude : Réponse soirée conviviale. Indic : nombre de personnes présentes à la réunion</p> <p>Etude portée par la Femasaura. Modérateur : gère le temps, les objectifs, la dynamique de groupe - QD Observateur : gère le matériel d'enregistrement, accueille les participants, prise de note - CD</p> <p><u>Consignes particulières :</u> Réfléchir aux prochaines questions en tant qu'équipe pluriprofessionnelle. L'important de cet entretien est de recueillir la variété des réponses et non un consensus d'équipe. Demander aux personnes de s'identifier avant chaque parole pour qu'à la retranscription on puisse savoir qui parle.</p>
PARTIE II	
Questions ouvertes sur démarche qualité - 25min	
Démarche qualité/amélioration des pratiques - expérience	<p>Qu'est-ce que vous avez mis en place dans votre MSP pour améliorer la qualité des soins ?</p> <p>Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place dans votre MSP pour améliorer la santé de vos patients ?</p> <p>Place importante du modérateur pour ne pas dépasser le temps imparti. Rebondir sur les pathologies évoquées, avec idée de process, suivi, traitements.</p>
PARTIE III	
Questions ouvertes sur indicateurs - 45min	
Indicateurs - expérience	<p>Quels sont les indicateurs quantitatifs qui vous aideraient/seraient utiles pour améliorer vos pratiques ?</p> <p>Si pas de réponses à cette question, on enchaîne sur la suite semi-dirigée</p>
OU	
Questions plus ciblées sur indicateurs si nécessaire - 45min	
Qualité des soins	<p>Quel est le type de patients pour lequel vous souhaiteriez avoir des indicateurs pour améliorer leur santé ?</p> <p>En fonction du type de pathologie identifiée, relancer sur ces pathologies</p>
Prévention	D'après votre expérience, est-ce que des indicateurs vous seraient utiles pour améliorer votre démarche de prévention ? (En termes de dépistage, vaccination, observance, éducation thérapeutique ou autre...)
Coût	<p>D'après-vous, sur quel item aimeriez-vous avoir une visibilité sur le coût global de vos pratiques ?</p> <p>Vous semble-t-il pertinent d'avoir des indicateurs de coût sur certaines pathologies ? Si oui, sur quels items et quelles pathologies ?</p>
Hospitalisation	Quels indicateurs vous semblent intéressants pour évaluer le recours à l'hospitalisation pour vos patients ?
Coopération interprofessionnelle	En tant qu'équipe pluriprofessionnelle, quels seraient les indicateurs quantitatifs permettant d'évaluer la coopération interprofessionnelle ?
PARTIE IV	
Clôture/ouverture - 20min	
Modèle d'un mini sondage (20min) A réaliser pour toutes les équipes	<p>Le collectif recherche a réfléchi aussi à des indicateurs quantitatifs, est-ce qu'ils vous semblent pertinents ?</p> <p>Nombre de diabétiques ayant eu un électrocardiogramme depuis moins d'un an Nombre de diabétiques ayant eu un dosage de microalbuminurie depuis moins d'un an Taux de recours aux urgences précédé d'une consultation avec médecin généraliste non suivi d'une hospitalisation Nombre de ré-hospitalisation moins d'un mois après une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque Nombre de patients ayant eu des soins IDEL ou MK après une hospitalisation pour chirurgie Nombre de patients de 50-74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal depuis moins de deux ans Nombre de patients de 11-19 ans ayant reçu au moins 2 doses de vaccin HPV dans votre patientèle</p>

	Nombre de patients sous anticoagulants ayant eu une hospitalisation pour complication hémorragique ou ischémique sous anti-coagulant Taux d'hospitalisation des patients de plus de 80 ans (reflet de l'interprofessionnalité) ?
	S'assurer que les PS ont dit tout ce qu'ils souhaitent sur le sujet, que plus personne ne souhaite ajouter d'éléments. Repréciser que la retranscription sera anonymisée et qu'ils pourront la relire avant l'analyse et que les enregistrements seront détruits dès que les verbatims seront validés.

Annexe 3 : Tableau II - Tableau des caractéristiques des participants - Article 1

IDENTIFICATION	GENRE	ANNEE DE NAISSANCE	PROFESSION(S)	LIEU D'EXERCICE	ANNEE DE DIPLOMATION	ANNEE D'INSTALLATION EN MSP
01D1	M	1976	Infirmier	MSP Pont du Château	2003	2020
01D2	F	1972	Infirmière et Asalée	MSP Pont du Château	1995	2019
01MG1	M	1966	Médecin généraliste et coordonateur	MSP Pont du Château	1994	2019
01MG2	F	1967	Médecin généraliste	MSP Pont du Château	1996	2019
02PS1	F	1954	Psychologue	Giat - Pôle santé Pontaurmur	1989	2014
02D1	F	1967	Infirmière	Montel de Gelat - Pôle santé Pontaurmur	1988	2015
02D2	F	1984	Infirmière	Montel de Gelat - Pôle santé Pontaurmur	2006	2017
02PH1	F	1966	Pharmacienne	Giat - Pôle santé Pontaurmur	1994	2014
02MG1	M	1990	Médecin généraliste	Pontaurmur - Pôle santé Pontaurmur	2019	2020
02D3	F	1982	Infirmière et Asalée et Coordinatrice	Montel de Gelat - Pôle santé Pontaurmur	2004	2014
02MG2	M	1958	Médecin généraliste	Montel de Gelat - Pôle santé Pontaurmur	1986	2012
03D1	F	1982	Infirmière et Asalée	MSP FLAMINA	2004	2018
03MG1	M	1963	Médecin généraliste et coordonateur	MSP FLAMINA	1990	2017
03D2	F	1979	Infirmière	MSP FLAMINA	2003	2017
03MG2	F	1987	Médecin généraliste	MSP FLAMINA	2016	2017
04MG1	M	1982	Médecin généraliste	MSP Joze	2011	2016
04D1	M	1985	Infirmier	MSP Joze	2010	2015
04D2	F	1971	Infirmière	MSP Joze	1994	2015
04PS1	F	1987	Psychologue	MSP Joze	2011	2017
04MG2	F	1977	Médecin généraliste	MSP Joze	2006	2015
05D1	F	1996	Diététicienne	MSP Les Dômes	2018	2019
05MK1	F	1980	Masseur-kinésithérapeute et ostéopathe	MSP Les Dômes	2004	2019
05AS1	F	1960	Asalée	MSP Les Dômes	1981	2020
05MG1	M	1989	Médecin généraliste	MSP Les Dômes	2018	2018
05MG2	F	1977	Médecin généraliste	MSP Les Dômes	2009	2022
05MG3	F	1990	Médecin généraliste	MSP Les Dômes	2016	2019
05MK2	F	1980	Masseur-kinésithérapeute	MSP Les Dômes	2011	2019
05SF1	F	1984	Sage-femme	MSP Les Dômes	2019	2020
05MG4	F	1990	Médecin généraliste	MSP Les Dômes	2020	2020
05OR1	F	1997	Orthophoniste et coordinatrice	MSP Les Dômes	2021	2021
06C01	F	1987	Coordinatrice	MSP Pontgibaud	2023	2020
06OR1	F	1987	Orthophoniste	MSP Pontgibaud	2010	2017
06AS1	F	1983	Asalée	MSP Pontgibaud	2010	2019
06PH1	F	1967	Pharmacienne	MSP Pontgibaud	1992	2017
06SF1	F	1988	Sage-femme	MSP Pontgibaud	2012	2017
06OR2	F	1986	Orthophoniste	MSP Pontgibaud	2009	2017
06ORP1	F	1992	Orthoptiste	MSP Pontgibaud	2015	2019
06MG1	F	1989	Médecin généraliste	MSP Pontgibaud	2015	2017
06MG2	M	1988	Médecin généraliste	MSP Pontgibaud	2018	2019
06D1	F	1983	Infirmière	MSP Pontgibaud	2005	2017
07MG1	F	1988	Médecin généraliste	MSP Beaumont	2016	2021
07D1	F	1985	Infirmière	MSP Beaumont	2006	2020
07PH1	M	1982	Pharmacien	MSP Beaumont	2006	2020
07MG2	M	1977	Médecin généraliste et coordonateur	MSP Beaumont	2006	2020

Annexe 4 : Tableau III - Tableau des 151 indicateurs identifiés par les professionnels de santé
- Article 1

Thématiques	Indicateurs	
1) ACCES AUX SOINS	1	Infirmière Asalée dans l'équipe
	2	Nombre d'actes techniques réalisés (ECG, Spirométrie, ...)
	3	Nombre de consultations chez l'orthophoniste
2) BPCO	4	Consommation d'antibiotiques chez les patients atteints de BPCO
	5	Consommation de BDCA
	6	Consommation de BDLA
	7	Nombre d'EFR
	8	Nombre de patients sous oxygène à domicile
	9	Taux de consultation cardiologique parmi les patients atteints de BPCO
	10	Taux de consultation pneumologique parmi les patients atteints de BPCO
	11	Taux de patients bénéficiant de séances de kinésithérapie respiratoire
	12	Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque
3) CARDIO-VASC	13	Nombre de dosages BNP
	14	Nombre de consultations MK en post-AVC
	15	Nombre de consultations chez l'orthophoniste en post-AVC
	16	Nombre d'infarctus
	17	Nombre de patients hypertendus ayant réalisé au moins une automesure par an
	18	Nombre d'AVC
	19	Surveillance infirmière chez le patient insuffisant cardiaque
	20	Taux de patients de plus de 12 ans ayant eu au moins 1 ECG
	21	Nombre de patients sous anticoagulants depuis plus de 2 ans
	22	Nombre de patients sous AOD ayant au moins eu un dosage de la fonction rénale dans l'année
4) DENUTRITION	23	Taux de prescription de CNO
	24	Taux de prescription du dosage albumine
5) DIABETE	25	Nombre de bilans rénaux chez les patients sous metformine
	26	Nombre de consultations angiologiques chez les patients diabétiques
	27	Nombre de consultations cardiologiques chez les patients diabétiques
	28	Nombre de consultations dentaires chez les patients diabétiques
	29	Nombre de consultations ophtalmologiques chez les patients diabétiques

	30	Nombre de consultations podologiques chez les patients diabétiques
	31	Nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la rétinopathie diabétique
	32	Nombre de patients diabétiques vaccinés contre le Pneumocoque
	33	Nombre de patients diabétiques ayant eu un ECG depuis moins d'un an
	34	Nombre de dosages d'HBA1c réalisés
	35	Taux de complications sur le total de la population diabétique
	36	Taux de diabétiques sous metformine
	37	Taux de patients atteints de maux perforants plantaires
	38	Nombre de diabétiques ayant eu un dosage de microalbuminurie depuis moins d'un an
6) ENFANT	39	Age du premier dépistage orthophoniste
	40	Dépistage de l'apnée du sommeil chez l'enfant
	41	Moyenne d'âge de réalisation des bilans neurodéveloppementaux chez les enfants
	42	Nombre d'enfants ayant réalisé un bébé vision
	43	Taux de consultations ORL chez les plus de 3 ans
	44	Taux de patients de moins de 6 ans ayant consulté au moins une fois l'ophtalmologue
7) EQUIPE	45	Nombre de nouvelles installations de professionnels de santé
	46	Taux de turn-over des professionnels de santé de la MSP
8) GERIATRIE	47	Nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan cognitif
	48	Taux d'imagerie pour motif de chute
9) HOSPITALISATION	49	Durée des antalgiques après une sortie d'hospitalisation
	50	Motifs d'hospitalisations majoritaires de la tranche d'âge 65-80 ans
	51	Nombre de patients de plus de 80 ans hospitalisés
	52	Taux de passage aux urgences pédiatriques tous motifs confondus
	53	Taux de passage aux urgences pour maintien à domicile difficile
	54	Taux de passage aux urgences tous motifs confondus
	55	Taux de passage aux urgences des enfants de 0-12 pour motifs infectieux
	56	Taux de réhospitalisation
	57	Taux d'hospitalisations après une 1ere hospitalisation pour insuffisance cardiaque
	58	Taux d'hospitalisation due à l'iatrogénie médicamenteuse
	59	Taux d'hospitalisation en cardiologie, médecine vasculaire
	60	Taux d'hospitalisation en psychiatrie
	61	Taux d'hospitalisation des enfants tous motifs confondus
	62	Taux d'hospitalisation pour décompensation BPCO
	63	Taux d'hospitalisation pour décompensation cardiaque

	64	Taux d'hospitalisation pour décompensation diabète
	65	Taux d'hospitalisation pour hypoglycémie chez les patients sous insuline
	66	Taux d'hospitalisation pour Insuffisance rénale aiguë chez patients sous ADO
	67	Taux d'hospitalisation pour motif de chute
	68	Taux d'hospitalisation tous motifs confondus
	69	Taux de recours aux urgences précédé d'une consultation chez le médecin généraliste non suivie d'une hospit
	70	Taux d'hospitalisation pour motif de chute des patients sous anticoagulants
	71	Nombre de patients sous anticoagulants ayant eu une hospitalisation pour complications hémorragiques ou ischémiques sous anticoagulant
10) INTERPROFESSIONNELS	72	Délai moyen de la première visite à domicile par MG, IDEL, MK après retour d'hospitalisation
	73	Nombre d'actes paramédicaux (IDE+MK)
	74	Nombre de dépistages rétinopathie par orthoptiste rapportés à la patientèle totale
	75	Nombre de tests de dépistage du cancer colo-rectal faits/délivrés par pharmacie
	76	Nombre de vaccins réalisés par IDE
	77	Nombre de vaccins réalisés par pharma
	78	Nombre moyen de professionnels de la MSP impliqués dans la prise en charge d'un patient
	79	Nombre/Durée de traitement chez les patients sous benzodiazépines quand il y a un psychologue dans la structure
	80	Pose de stérilet par sage-femme
	81	Taux de patient suivi par les professionnels paramédicaux qui se recoupe avec patients suivi par le MG de la MSP
11) MEDICO-ECONOMIQUE	82	Nombre de bilans biologiques effectués
	83	Nombre de prescriptions de psychotropes
	84	Nombre de prescriptions d'antibiotiques
12) OBESITE - ADULTE	85	Nombre de consultations de suivi de l'obésité (CSO)
	86	Nombre de consultations nutrition au CHU ou de prises en charge chirurgicales bariatriques
	87	Nombre de consultations suivi de l'obésité (CSO) coté par la MSP chez l'enfant
	88	Nombre de patients orientés en SSR ou HDJ
13) PLAIES ULCERES + POST CHIR	89	Durée des soins de pansement d'ulcère
	90	Durée des soins IDE post chir
14) PREVENTION	91	Nombre de tests hémocult effectués
	92	Nombre de patients de plus de 50 ans ayant eu dosage du PSA

	93	Nombre de patients de plus de 50 ans ayant eu une échographie prostatique
	94	Nombre de bilans bucco-dentaires réalisés chez les moins de 25 ans
	95	Nombre de bilans bucco-dentaires réalisés chez les plus de 50 ans
	96	ETP (avk, asthme, ...) pharma
	97	Observance évaluée par les pharma-IDE
	98	Conseil d'autopalpation mammaire délivré par SF-MG chez la femme
	99	Nombre de frottis
	100	Taux de vaccination HPV chez les filles et garçons
	101	Nombre de mammographies réalisées
	102	Nombre de patientes ayant bénéficiée d'une réeduc périnée après grossesse
	103	Taux de délivrance des substituts nicotiques
	104	Taux de patients vaccinés COVID
	105	Taux de patients vaccinés DTP
	106	Taux de patients vaccinés grippe
107	Taux de patients vaccinés pédiatrie	
15) PROFIL PATIENTELE	108	Etat de santé des patients AME par rapports aux autres
	109	Nombre de patients de plus de 80 ans
	110	Nombre de patients bénéficiaires d'une ALD
	111	Taux d'ALD en fonction de l'âge
	112	Taux d'ALD psychiatriques
	113	Nombre de patients bénéficiaires d'une AME
	114	Nombre de patients ayant un numéro de sécurité social provisoire
	115	Nombre de patients bénéficiaires de la CSS
	116	Nombre de patients en rupture de droit sur une année
	117	Nombre de patients sans médecin traitant à l'échelle d'un territoire
	118	Nombre de patients insuffisants cardiaques
	119	Volume de la patientèle traitante par MSP
16) SATE MENTALE	120	Automédication par anxiolytique
	121	Durée de l'Accident de Travail (pour motif psychiatrique)
	122	Taux de patients sous neuroleptique au long cours ayant bénéficié d'une consultation psychiatrique dans l'année
	123	Nombre de patients vu par psychologue
	124	Nombre de patients ayant consulté au moins 2 fois un psychiatre dans l'année
	125	Durée de traitement par benzodiazépine
	126	Nombre de boîtes d'anxiolytiques prescrites vs délivrées
	127	Taux de prescriptions de psychotropes
	128	Taux de prescriptions d'antidépresseurs chez les moins de 25 ans

	129	Nombre de consultations des patients de 6 à 18 ans chez le pédopsychiatre
17) SANTE SEXUELLE	130	Nombre de patientes de plus de 35 ans sous POP
	131	Taux de patientes sous contraception hormonale
	132	Taux de patientes sous DIU cuivre
	133	Nombre de patients ayant eu un bilan IST au moins une fois dans les 5 dernières années
	134	Nombre de patients ayant un TTT VHB
	135	Nombre de patients ayant un TTT VHC
	136	Nombre de patients ayant un TTT VIH
	137	Nombre de patientes enceintes ayant bien eu les 7 consultations et 3 échographies de suivi recommandées
18) SOCLE DE L'EX COORD	138	Fréquence des RPP
	139	Nombre de professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient discuté en RPP
19) TRAITEMENTS	140	Consommation médicamenteuse globale des patients
	141	Nombre de médicaments prescrits vs délivrés
	142	Taux de prescriptions global d'antibiotiques
	143	Taux de rupture de délivrance des traitements au long cours
	144	Taux/durée de prescriptions d'antalgiques de palier 2
20) TRAUMATO-ORTHO	145	Nombre de séances MK rééducation pour entorse cheville
	146	Consommation d'AINS chez les patients lombalgiques chroniques
	147	Consommation d'antalgiques de pallier 2 chez lombalgiques chroniques
	148	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie chronique
	149	Nombre d'AT pour motif de lombalgie chronique
	150	Nombre de prescriptions de MK chez patients lombalgiques chroniques
	151	Nombre d'actes d'imagerie pour motif de lombalgie chronique

ECG : Electrocardiogramme - **BPCO** : BronchoPneumopathie Obstructive Chronique - **BDCA** : Broncho-Dilatateur de Courte durée d'Action - **BDLA** : Broncho-Dilatateur de Longue durée d'Action - **EFR** : Exploration Fonctionnelle Respiratoire - **MK** : Masseur-Kinésithérapeute - **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral - **CNO** : Complément Nutritionnel Oral - **HBA1c** : Hémoglobine Glyquée - **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle - **ADO** : Anti-Diabétique Oral - **MG** : Médecin Généraliste - **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat - **TTT** : Traitement - **HDJ** : Hopital De Jour - **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation - **ETP** : Education Thérapeutique du Patient - **SF** : Sage-Femme - **AME** : Aide Médicale d'Etat - **ALD** : Affection Longue Durée - **CSS** : Complémentaire Santé Solidaire - **POP** : Pillule Oestro-Progestative - **DIU** : Dispositif Intra-Utérin - **RPP** : Réunion Pluri-Professionnelle - **AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien - **AT** : Arrêt de Travail

Article 2

Annexe 1 : Tableau II - Résultats de la première ronde Delphi - Article 2

Thématiques	Indicateurs		Pourcentage de vote "retenu"	Autres propositions	Nombre de votants	Tour 1 DELPHI 0 : rejeté 1 : retenu pour la 2e ronde
1) ACCES AUX SOINS	1	Infirmière Asalée dans l'équipe	43%	Asalée, infirmière de parcours ou autre	7	0
	2	Nombre d'actes techniques réalisés (ECG, Spirométrie, ...)	0%		7	0
	3	Nombre de consultations chez l'orthophoniste	0%		7	0
2) BPCO	4	Consommation d'antibiotiques chez les patients BPCO	67%		6	1
	5	Consommation de BDCA	60%		5	1
	6	Consommation de BDLA	80%		5	1
	7	Nombre d'EFR	71%		7	1
	8	Nombre de patients sous oxygène à domicile	14%		7	0
	9	Taux de consultation cardio parmi les patients BPCO	14%		7	0
	10	Taux de consultation pneumo parmi les patients BPCO	29%		7	0
	11	Taux de patients bénéficiant de séances de MK respiratoire	71%	Taux de patients ayant suivi un parcours ETP BPCO	7	1
12	Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque	100%		7	1	
3) CARDIO-VASC	13	Nombre de dosage BNP	20%		5	0
	14	Nombre de consultations MK post-AVC	<u>33%</u>	Délai de consultation chez	6	1

				un MK en sortie d'hospit post-AVC		
				Taux de patients pris en charge en masso-kinésithérapie après AVC		
	15	Nombre de consultations orthophoniste post-AVC	<u>17%</u>	Taux de patients pris en charge en orthophonie après AVC	6	1
	16	Nombre d'infarctus	57%	Nombre d'ALD pour maladie coronarienne	7	1
				Nombre d'IDM dans la population à fort risque cardiovasc		
	17	Nombre de patients hypertendus ayant réalisés au moins une automesure par an	14%		7	0
	18	Nombre d'AVC	29%	Si requêté sur une population à risque cardiovasculaire	7	0
	19	Surveillance infirmière chez le patient insuffisant cardiaque	100%	Délai de visite (MG/IDEL) après sortie d'hospit pour insuffisance cardiaque	7	1
	20	Taux de patients de plus de 12 ans ayant eu au moins 1 ECG	14%		7	0
	21	Nombre de patients sous anticoagulants depuis plus de 2 ans	29%		7	0
	22	Nombre de patients sous AOD ayant au moins eu un dosage de la fonction rénale dans l'année	86%		7	1
4) DENUTRITION	23	Taux de prescription de CNO	50%		4	1
	24	Taux de prescription du dosage d'albumine	50%		4	1
5) DIABETE	25	Nombre de bilans rénaux chez les patients sous METFORMINE	71%	Nombre de DFG annuels réalisés pour les patients sous metformine	7	1

				Taux de patients de plus de +65ans sous metformine réalisant un bilan rénal régulièrement		
				Taux de patients sous metformine ayant eu au moins une mesure dans l'année du débit de filtration rénale		
26	Nombre de consultations chez l'angiologue chez les patients diabétiques	33%			6	0
27	Nombre de consultations cardio chez les patients diabétiques	50%		Plutôt ayant eu un ECG dans l'année	6	1
28	Nombre de consultations dentaires chez les patients diabétiques	67%		Taux de patients ayant eu une visite dentiste dans les X années	6	1
				Taux de patients ayant eu au moins une consultation dentaire dans l'année		
29	Nombre de consultations ophtalmo chez les patients diabétiques	14%		Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dépistage de la rétinopathie diabétique dans les deux dernières années	7	0
30	Nombre de consultations en podologie chez les patients diabétiques	57%		Le taux de recours au podologue chez les patients diabétiques	7	1
				Le nombre de gradation ?		
31	Nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la rétinopathie diabétique	100%		Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dépistage de la rétinopathie	7	1

				diabétique dans les deux dernières années		
	32	Nombre de patients diabétiques vaccinés contre le Pneumocoque	100%	Taux de patients diabétiques ayant été vacciné contre le pneumocoque	6	1
	33	Nombre de patients diabétiques ayant eu un ECG depuis moins d'un an	86%	Taux de patients diabétique ayant eu au moins un ECG de repos dans l'année	7	1
Nombre de diabétiques ayant eu un ECG depuis moins 2 ans						
Nombre de diabétiques ayant eu un ECG depuis moins d'un an						
Taux de patients ayant eu un ECG dans l'année						
	34	Nombre de dosages d'HbA1c réalisés	86%	% de DNID avec un minimum de 3 HbA1C annuelles	7	1
			Taux de patient diabétiques ayant eu au moins un dosage HbA1c dans l'année			
	35	Taux de complications sur le total de la population diabétique	14%		7	0
	36	Taux de diabétiques sous metformine	0%		7	0
	37	Taux de patients atteints de maux perforants plantaires	20%		5	0
	38	Nombre de diabétiques ayant eu un dosage de microalbuminurie depuis moins d'un an	100%		6	1
6) ENFANT	39	Age du premier dépistage orthophoniste	14%		7	0
	40	Dépistage de l'apnée du sommeil chez l'enfant	17%		6	0
	41	Moyenne d'âge de réalisation des bilans	17%		6	0

		neurodéveloppementaux chez enfants				
	42	Nombre d'enfants ayant réalisé un bébé vision	57%		7	1
	43	Taux de consultations ORL chez les plus de 3 ans	0%		6	0
	44	Taux de patients de moins de 6 ans ayant vu au moins une fois l'ophtalmo	33%		6	0
7) EQUIPE	45	Nombre de nouvelles installations des professionnels de santé	20%		5	0
	46	Taux de turn-over des professionnels de santé de la MSP	0%		6	0
8) GERIATRIE ET TROUBLES COGNITIFS	47	Nombre de patients ayant eu un bilan cognitif	43%	Introduire un âge seuil ?	7	0
	48	Taux d'imagerie pour motif de chute	40%		5	0
9) HOSPITALISATION	49	Durée des antalgiques après une sortie d'hospitalisation	0%		7	0
	50	Motifs d'hospitalisations majoritaires de la tranche d'âge 65-80 ans	50%	Nombre d'hospitalisations chez les +65ans liées à la chute ? Aux anticoagulants ? Liées à la grippe ?	6	1
	51	Nombre de patients de plus de 80 ans hospitalisés	86%	Taux de patients de +80ans ayant été hospitalisés dans l'année	7	1
	52	Taux de passage aux urgences pédiatriques tout motifs confondus	43%		7	0
	53	Taux de passage aux urgences pour maintien à domicile difficile	57%		7	1
	54	Taux de passage aux urgences tous motifs confondus	86%	Taux de patients adultes (quel âge ?) ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec	7	1

				le MG le jour même		
55	Taux de passage aux urgences des enfants de 0-12 pour motifs infectieux	57%		Taux de patients enfants (quel âge ?) ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec MG ou pédiatre le jour même	7	1
56	Taux de réhospitalisation	50%		Nombre d'hospitalisations annuelles des personnes de plus de 65ans Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital	6	1
57	Taux d'hospitalisation après une 1ere hospitalisation pour insuffisance cardiaque	100%		Taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois suivant une première hospitalisation pour ce motif Notion de durée à établir Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital pour IC	7	1
58	Taux d'hospitalisation due à l'iatrogénie médicamenteuse	43%		Cibler l'âge ou une classe médicamenteuse	7	0
59	Taux d'hospitalisation en cardio, médecine vasculaire	14%			7	0
60	Taux d'hospitalisation en psychiatrie	29%			7	0
61	Taux d'hospitalisation des enfants tous motifs confondus	33%			6	0

62	Taux d'hospitalisation pour décompensation BPCO	100%	Taux de patients ayant une BPCO ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation de BPCO	6	1
63	Taux d'hospitalisation pour décompensation cardiaque	100%	Taux de patients ayant une IC ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation cardiaque	6	1
64	Taux d'hospitalisation pour décompensation diabète	33%	Taux de patients diabétiques ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation diabète	6	0
65	Taux d'hospitalisation pour hypoglycémie chez les patients sous insuline	50%	Requête ?	6	1
66	Taux d'hospitalisation pour Insuffisance rénale aiguë chez patients sous antidiabétiques oraux (ADO)	60%	Taux de patients sous ADO ayant eu au moins une mesure du débit de filtration rénal dans l'année Cibler classe ADO plus à risque ? Metformine ? Gliptines ?	5	1
67	Taux d'hospitalisation pour motif de chute	83%	Taux de patients de +70ans ayant été hospitalisés dans l'année pour motif de chute	6	1
68	Taux d'hospitalisation tous motifs confondus	43%		7	0
69	Taux de recours aux urgences précédé d'une consultation chez le médecin généraliste non suivi d'une hospit	83%		6	1
70	Taux d'hospitalisation pour motif de chute des patients sous anticoagulants	14%		7	0

	71	Nombre de patients sous anticoagulants ayant eu une hospitalisation pour complications hémorragiques ou ischémiques sous anticoagulant	71%		7	1
10) INTERPROFESSIONNELS	72	Délai moyen de la première visite à domicile par MG, IDEL, MK après retour d'hospitalisation	100%	Nombre de premières visites à domicile par MG, IDEL, MK après retour d'hospitalisation dans un délais d'un mois	7	1
	73	Nombre d'actes paramédicaux (IDE+MK)	33%		6	0
	74	Nombre de dépistages rétinopathie par orthoptiste rapportés à la patientèle totale	50%	Taux et si rétinographe sur la MSP	6	1
	75	Nombre de tests hémocult faits/délivrés par pharmacie	43%		7	0
	76	Nombre de vaccins réalisés par IDE	29%	Cibler un taux de vaccination sur une patho précise ?	7	0
	77	Nombre de vaccins réalisés par pharma	29%	Cibler un taux de vaccination sur une patho précise ?	7	0
	78	Nombre moyen de professionnels de la MSP impliqués dans la prise en charge d'un patient	29%		7	0
	79	Nombre/Durée de TTT chez patients sous benzodiazépines quand il y a un psychologue dans la structure	57%	Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de benzodiazépine de plus de 12 semaines	7	1
	80	Pose de stérilet par sage-femme	33%	Taux de stérilet posé par SF/MG/Gynéco	6	0

	81	Taux de patientèle paraméd qui se recoupe avec patients MG de la MSP	33%		6	0
11) MEDICO-ECONOMIQUE	82	Nombre de bilans bio effectués	33%	Coût global des prescriptions bio Coût de la MSP en prescriptions biologiques comparé à la moyenne régionale	6	1
	83	Nombre de prescriptions de psychotropes	50%	Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de psychotropes	6	1
	84	Nombre de prescriptions d'antibio	50%	Taux de patients ayant eu une prescription d'antibiothérapie dans l'année	6	1
12) OBESITE - ADULTE	85	Nombre de consultations de suivi de l'obésité (CSO)	50%		6	1
	86	Nombre de consultations nutrition au CHU ou de prise en charge chirurgicale bariatrique	0%		7	0
	87	Nombre de consultations suivi de l'obésité (CSO) coté par la MSP chez l'enfant	43%		7	0
	88	Nombre de patients orientés en SSR ou HDJ	0%		6	0
13) PLAIES ULCERES + POST CHIR	89	Durée de soin de pansement d'ulcère	86%	Durée moyenne des soins infirmiers de pansements d'ulcères	7	1
	90	Durée des soins IDE post chir	33%		6	0

14) PREVENTION	91	Nombre de tests hémocult effectués	100%	Nombre de tests réalisés chez les patients éligibles Taux de patients de 50-74ans ayant eu un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années	7	1
	92	Nombre de patients de plus de 50 ans ayant eu dosage PSA	33%		6	0
	93	Nombre de patients de plus de 50 ans ayant eu une échographie prostatique	0%		5	0
	94	Nombre de bilans bucco-dentaires réalisés chez les moins de 25 ans	86%	Taux de patients entre 3 et 24ans ayant eu un bilan bucco-dentaire dans les 3dernières années	7	1
	95	Nombre de bilans bucco-dentaires réalisés chez les plus de 50 ans	50%	Taux de patients de +50ans ayant eu un bilan bucco-dentaire dans les trois dernières années	6	1
	96	ETP (avk, asthme, ...) pharma	86%	Nombre de bilans de médication effectués Taux de patients ayant bénéficié d'une séance d'ETP (par pathologie), mais difficilement traçable ? Taux de patients sous AVK ou AOD ou ayant un asthme ayant eu un entretien thérapeutique	7	1
	97	Observance par pharma-IDE	14%	Cibler une classe de médicaments associée à une pathologie	7	0

			chronique (BPCO/Diabète/IC)		
98	Par SF-MG chez la femme pour autopalpation seins	0%		7	0
99	Nombre de frottis	86%	Taux de patientes de 25-30ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années Taux de patientes de 30-65ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 5 dernières années Taux de patientes de 50-74ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	7	1
100	Taux de vaccination HPV fille-garçon	100%	Taux de patients de 11-19ans ayant eu une vaccination HPV (Deux doses ?)	7	1
101	Nombre de mammographies réalisées	86%	Taux de patientes de 30-65ans ayant eu un dépistage du cancer du sein dans les deux dernières années	7	1
102	Nombre de rééduc périnée après grossesse	50%	Taux de patientes ayant eu une rééducation périnéale après grossesse	6	1
103	Taux de délivrance des substituts nicotiques	57%		7	1
104	Taux de patients vaccinés COVID	17%		6	0
105	Taux de patients vaccinés DTP	100%	et taux de patients vaccinés contre le ROR	7	1

				Tranche d'âge à préciser		
				Taux de patient ayant eu un rappel de vaccin DTPC à 25, 45, 65, 75, 85 ans		
	106	Taux de patients vaccinés grippe	100%	Préciser les co-morbidités	7	1
				Taux de patients à risque ayant eu une vaccination antigrippale		
	107	Taux de patients pédiatriques vaccinés	29%	Taux de vaccination selon les recommandations du calendrier vaccinal	7	0
15) PROFIL PATIENTELE	108	Etat de santé du patient (DT, psy) des AME par rapports aux autres	14%		7	0
	109	Nombre de patients de plus de 80 ans	50%		6	1
	110	Nombre de patients bénéficiaires d'une ALD	29%		7	0
	111	Taux d'ALD en fonction de l'âge	17%		6	0
	112	Taux d'ALD psychiatriques	43%		7	0
	113	Nombre de patients bénéficiaires d'une AME	50%		6	1
	114	Nombre de patients ayant un numéro de sécurité social provisoire	17%	Taux de patients dans la patientèle ou dans file active MT ayant un numéro de sécurité social provisoire	6	0
	115	Nombre de patients bénéficiaires de la CSS	40%	Taux de patients dans la patientèle MT bénéficiaires de la CSS	5	0
	116	Nombre de patients en rupture de droit sur une année	33%		6	0
	117	Nombre de patients sans médecin traitant à l'échelle d'un territoire	86%		7	1

	118	Nombre de patients insuffisants cardiaques	50%		6	1
	119	Volume de la patientèle traitante par MSP	83%		6	1
16) SATE MENTALE	120	Automédication par anxiolytique	0%		7	0
	121	Durée de l'Accident de Travail (pour motif psychiatrique)	14%		7	0
	122	Taux de patients sous neuroleptique au long cours ayant bénéficié d'une consultation psychiatrique dans l'année	67%		6	1
	123	Nombre de patients vus par psychologue	0%		7	0
	124	Nombre de patients ayant consulté au moins 2 fois un psychiatre dans l'année	0%		6	0
	125	Durée de traitement par benzodiazépine	100%		6	1
	126	Nombre de boîtes d'anxiolytiques prescrites vs délivrées	17%		6	0
	127	Taux de prescriptions de psychotropes	67%		6	1
	128	Taux de prescriptions d'antidépresseurs chez les moins de 25 ans	83%		6	1
	129	Nombre de consultations des patients de 6 à 18 ans chez le pédopsychiatre	29%	Taux des patients de 6-18ans ayant une ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une consultation dans l'année chez le pédopsychiatre	7	0
	17) SATE SEXUELLE	130	Nombre de patientes de plus de 35 ans sous POP	40%		5
131		Taux de patientes sous contraception hormonale	33%		6	0
132		Taux de patientes sous DIU cuivre	20%		5	0
133		Nombre de patients ayant eu un bilan IST au	60%		5	1

		moins une fois dans les 5 dernières années				
	134	Nombre de patients ayant un TTT VHB	0%		5	0
	135	Nombre de patients ayant un TTT VHC	17%		6	0
	136	Nombre de patients ayant un TTT VIH	0%		6	0
	137	Nombre de patientes enceintes ayant bien eu les 7 consultations et 3 échos de suivi recommandés	20%	Taux de patientes enceintes ayant réalisé les 7 consultations de suivi et les 3 échographies recommandés	5	0
18) SOCLE DE L'EX COORD	138	Fréquence des RPP	20%	Comment faire le lien avec ce qui est tarifé aux caisses ?	5	0
	139	Nombre de professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient discuté en RPP	0%	Comment faire le lien avec ce qui est tarifé aux caisses ?	6	0
19) TRAITEMENTS	140	Consommation médicamenteuse globale des patients	67%	Coût de la consommation médicamenteuse	6	1
	141	Nombre de médicaments prescrits vs délivrés	33%		6	0
	142	Taux de prescriptions global d'antibiotiques	50%	Répétition avec indicateur 84	7	0
	143	Taux de rupture de délivrance des traitements au long cours	83%	Cibler davantage les pathologies concernées ?	6	1
	144	Taux/durée de prescriptions d'antalgiques de pallier 2	50%		6	1
20) TRAUMATO-ORTHO	145	Nombre de séances MK pour rééducation pour entorse cheville	29%	Taux de recours aux séances MK dans le cadre d'une entorse	7	0
	146	Consommation d'AINS chez lombalgiques chroniques	33%		6	0
	147	Consommation de pallier 2 chez lombalgiques chroniques	17%		6	0

	148	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie chronique	83%	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie	6	1
	149	Nombre d'AT pour motif de lombalgie chronique	67%	Taux d'AT pour motif de lombalgie chronique	6	1
	150	Nombre de prescriptions de MK chez patients lombalgiques chroniques	60%		5	1
	151	Nombre d'actes d'imagerie pour motif de lombalgie chronique	60%		5	1

ECG : Electrocardiogramme - **BPCO** : BronchoPneumopathie Obstructive Chronique - **BDCA** : Broncho-Dilatateur de Courte durée d'Action - **BDLA** : Broncho-Dilatateur de Longue durée d'Action - **EFR** : Exploration Fonctionnelle Respiratoire - **MK** : Masseur-Kinésithérapeute - **ETP** : Education Thérapeutique du Patient - **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral - **ALD** : Affection Longue Durée - **IDM** : Infarctus Du Myocarde - **MG** : Médecin Généraliste - **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat - **AOD** : Anticoagulant Oral Direct - **CNO** : Complément Nutritionnel Oral - **DFG** : Débit de Filtration Glomérulaire - **HBA1c** : Hémoglobine Glyquée - **DNID** : Diabétique Non Insulino-Dépendant - **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle - **IC** : Insuffisance Cardiaque - **ADO** : Anti-Diabétique Oral - **TTT** : Traitement - **HDJ** : Hôpital De Jour - **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation - **AVK** : Anti-Vitamine K - **SF** : Sage-Femme - **AME** : Aide Médicale d'Etat - **CSS** : Complémentaire Santé Solidaire - **POP** : Pilule Oestro-Progestative - **DIU** : Dispositif Intra-Utérin - **RPP** : Réunion Pluri-Professionnelle - **AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien - **AT** : Arrêt de Travail

Annexe 2 : Tableau III - Résultats de la deuxième ronde Delphi - Article 2

Thématiques	Indicateurs		Pourcentage de vote "retenu"	Nombre de votants	Indicateurs faisant consensus (>80%)	Indicateurs retenus pour la 3e ronde (50%≤X≤80%)
1) BPCO	1	Consommation d'antibiotiques chez les patients BPCO	71%	7	0	1
	2	Consommation de BDCA	71%	7	0	1
	3	Consommation de BDLA	71%	7	0	1
	4	Nombre d'EFR	71%	7	0	1
	5	Taux de patients bénéficiant de séances de MK respiratoire	71%	7	0	1
	6	Taux de patients ayant suivi un parcours ETP BPCO	57%	7	0	1
	7	Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque	100%	7	1	0
2) CARDIO-VASC	8	Délai de consultation chez un MK en sortie d'hospitalisation post-AVC	29%	7	0	0
	9	Taux de patients pris en charge en masso-kinésithérapie après AVC	86%	7	1	0
	10	Taux de patients pris en charge en orthophonie après AVC	57%	7	0	1
	11	Nombre d'infarctus	0%	7	0	0
	12	Nombre d'ALD pour maladie coronarienne	57%	7	0	1
	13	Nombre d'IDM dans la population à fort risque cardiovasculaire	43%	7	0	0

	14	Surveillance infirmière chez le patient insuffisant cardiaque	86%	7	1	0
	15	Délai de visite (MG/IDEL) après sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ?	100%	7	1	0
	16	Nombre de patients sous AOD ayant au moins eu un dosage de la fonction rénale dans l'année	83%	6	1	0
3) DENUTRITION	17	Taux de prescription de CNO	50%	6	0	1
	18	Taux de prescription du dosage albumine	67%	6	0	1
4) DIABETE	19	Nombre de DFG annuels réalisés chez les patients sous metformine	0%	7	0	0
	20	Taux de patients de +65ans sous metformine réalisant un bilan rénal régulièrement ?	29%	7	0	0
	21	Taux de patients de +65ans sous metformine ayant eu au moins une mesure dans l'année du débit de filtration glomérulaire	86%	7	1	0
	22	Nombre de consultations cardio chez les patients diabétiques	43%	7	0	0
	23	Nombre de consultations dentaires chez les patients diabétiques	29%	7	0	0

24	Taux de patients ayant eu une consultation dentaire dans les x années	14%	7	0	0
25	Taux de patients ayant eu au moins une consultation dentaire dans l'année	29%	7	0	0
26	Nombre de consultations en podologie chez les patients diabétiques	0%	7	0	0
27	Le taux de recours au podologue chez les patients diabétiques	86%	7	1	0
28	Le nombre de gradation ?	29%	7	0	0
29	Nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la rétinopathie diabétique	0%	7	0	0
30	Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dépistage de la rétinopathie diabétique dans les deux dernières années	100%	7	1	0
31	Taux de patients diabétiques ayant été vaccinés contre le pneumocoque	100%	7	1	0
32	Nombre de patients diabétiques ayant eu un ECG depuis moins d'un an	29%	7	0	0
33	Nombre de patients diabétiques ayant eu un ECG depuis moins 2 ans	80%	5	1	0

	34	Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un ECG de repos dans l'année	57%	7	0	1
	35	Taux de patients ayant eu un ECG dans l'année	20%	5	0	0
	36	Nombre de dosages d'HbA1c réalisés	14%	7	0	0
	37	% de DNID avec un minimum de trois HbA1c annuelles	43%	7	0	0
	38	Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dosage HbA1c dans l'année	43%	7	0	0
	39	Nombre de diabétiques ayant eu un dosage de microalbuminurie depuis moins d'un an	71%	7	0	1
5) ENFANT	40	Nombre d'enfants ayant réalisé un bébé vision	71%	7	0	1
6) HOSPITALISATION	41	Motif d'hospitalisations majoritaires de la tranche d'âge 65-80ans	71%	7	0	1
	42	Nombre de patients de plus de 80ans hospitalisés	0%	7	0	0
	43	Taux de patients de +80ans hospitalisés dans l'année	86%	7	1	0
	44	Taux d'hospitalisation des patients de plus de 80 ans	86%	7	1	0
	45	Taux de passage aux urgences pour maintien à domicile difficile	71%	7	0	1
	46	Taux de passage aux urgences tous motifs confondus	29%	7	0	0

47	Taux de patients adultes (quel âge ?) ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec le MG le jour même	71%	7	0	1
48	Taux de passage aux urgences des enfants de 0-12 pour motifs infectieux	29%	7	0	0
49	Taux de patients enfants (quel âge ?) ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec MG ou pédiatre le jour même	57%	7	0	1
50	Taux de réhospitalisation	17%	6	0	0
51	Nombre d'hospitalisation annuelle des personnes de +65ans	0%	7	0	0
52	Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital	86%	7	1	0
53	Taux d'hospitalisation après une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque	0%	7	0	0
54	% de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois suivant une première hospitalisation pour ce motif	57%	7	0	1

55	Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital pour insuffisance cardiaque	57%	7	0	1
56	Nombre de réhospitalisations moins d'un mois après une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque	71%	7	0	1
57	Taux d'hospitalisation pour décompensation BPCO	0%	7	0	0
58	Taux de patients ayant une BPCO ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation BPCO	100%	7	1	0
59	Taux d'hospitalisations pour décompensation cardiaque	0%	7	0	0
60	Taux de patients ayant une insuffisance cardiaque ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation cardiaque	86%	7	1	0
61	Taux d'hospitalisation pour hypoglycémie chez les patients sous insuline	71%	7	0	1
62	Taux d'hospitalisation pour insuffisance rénale aigüe chez patients sous	43%	7	0	0

		antidiabétiques oraux (ADO)				
	63	Taux de patients sous ADO ayant eu au moins une mesure du débit de filtration rénale dans l'année	57%	7	0	1
	64	Cibler classe ADO plus à risque ? Metformine ? Gliptines ?	0%	7	0	0
	65	Taux d'hospitalisation pour motif chute	0%	7	0	0
	66	Taux de patients de +70ans ayant été hospitalisés dans l'année pour motif de chute	86%	7	1	0
	67	Taux de recours aux urgences précédé d'une consultation chez le médecin généraliste non suivi d'une hospit	83%	6	1	0
	68	Nombre de patients sous anticoagulants ayant eu une hospitalisation pour complications hémorragiques ou ischémiques sous anticoagulant	57%	7	0	1
7) INTERPROFESSIONNELS	69	Délai moyen de la première visite à domicile par MG, IDEL, MK après retour d'hospitalisation	71%	7	0	1
	70	Nombre de première visite à domicile par MG, IDEL, MK après retour d'hospitalisation dans un délais d'un mois	29%	7	0	0

	71	Nombre de dépistage rétinopathie par orthoptiste rapporté à la patientèle totale	43%	7	0	0
	72	Nombre/Durée de TTT chez patients sous benzodiazépines quand il y a un psychologue dans la structure	17%	6	0	0
	73	Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de benzodiazépine de plus de 12semaines	86%	7	1	0
8) MEDICO-ECONOMIQUE	74	Coût global des prescriptions bio	17%	6	0	0
	75	Coût de la MSP en prescriptions biologiques comparé à la moyenne régionale	71%	7	0	1
	76	Nombre de prescriptions de psychotropes	0%	7	0	0
	77	Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de psychotropes	71%	7	0	1
	78	Nombre de prescriptions d'antibio	0%	7	0	0
	79	Taux de patients ayant eu une prescription d'antibiothérapie dans l'année	71%	7	0	1
9) OBESITE - ADULTE	80	Nombre de consultations de suivi de l'obésité (CSO)	43%	7	0	0

10) PLAIES ULCERES + POST CHIR	81	Durée moyenne des soins infirmiers de pansements d'ulcères	86%	7	1	0
11) PREVENTION	82	Nombre de tests hémocult effectués	86%	7	1	0
	83	Nombre de patients de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colo-rectal depuis moins de 2 ans	71%	7	0	1
	84	Nombre de bilans bucco-dentaires réalisés chez les moins de 25 ans	0%	7	0	0
	85	Taux de patients entre 3-24ans ayant eu un bilan bucco-dentaire dans les 3 dernières années	71%	7	0	1
	86	Nombre de bilans bucco-dentaires réalisés chez les +50 ans	0%	7	0	0
	87	Taux de patients de +50ans ayant eu un bilan bucco- dentaire dans les trois dernières années	71%	7	0	1
	88	ETP (avk, asthme, ...) pharma	29%	7	0	0
	89	Nombre de bilans de médication effectués	71%	7	0	1
	90	Taux de patients ayant bénéficié d'une séance d'ETP (par pathologie), mais difficilement traçable ?	14%	7	0	0
	91	Taux de patients sous AVK ou AOD ou ayant eu un asthme ayant un	71%	7	0	1

	entretien thérapeutique				
92	Nombre de frottis	0%	7	0	0
93	Taux de patientes de 25-30ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 3 dernières années	86%	7	1	0
94	Taux de patientes de 30-65ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 5 dernières années (5 dernières années ?)	100%	7	1	0
95	Taux de patientes de 50-74ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 3 dernières années (5 dernières années ?)	43%	7	0	0
96	Taux de vaccination HPV fille-garçon	0%	7	0	0
97	Taux de patients de 11-19ans ayant eu une vaccination HPV (deux doses ?)	100%	7	1	0
98	Nombre de patients de 11 à 19 ans ayant reçu au moins 2 doses de vaccin HPV dans la patientèle	86%	7	1	0
99	Nombre de mammographies réalisées	17%	6	0	0
100	Taux de patientes de 30-65ans ayant eu un dépistage du cancer du sein dans les deux dernières années	33%	6	0	0
101	Nombre de rééducation du périnée après grossesse	57%	7	0	1

	102	Taux de délivrance des substituts nicotiques	67%	6	0	1
	103	Taux de patients vaccinés DTP	57%	7	0	1
	104	Taux de patients vaccinés ROR	57%	7	0	1
	105	Taux de patients ayant eu un rappel de vaccin DTCP à 25, 45, 65, 75, 85 ans	29%	7	0	0
	106	Taux de patients vaccinés contre la grippe	86%	7	1	0
12) PROFIL PATIENTELE	107	Nombre de patients de plus de 80 ans	71%	7	0	1
	108	Nombre de patients bénéficiaires de l' AME	57%	7	0	1
	109	Nombre de patients sans médecin traitant à l'échelle d'un territoire	86%	7	1	0
	110	Nombre de patients insuffisants cardiaques	57%	7	0	1
	111	Volume de la patientèle traitante par MSP	86%	7	1	0
13) SANTE MENTALE	112	Taux de patients sous neuroleptique au long cours ayant bénéficiés d'une consultation psychiatrique dans l'année	43%	7	0	0
	113	Durée de traitement par benzodiazépine	83%	6	1	0
	114	Taux de prescriptions de psychotropes	50%	6	0	1
	115	Taux de prescriptions d'antidépresseurs	50%	6	0	1

		chez les moins de 25 ans				
14) SANTE SEXUELLE	116	Nombre de patients ayant eu un bilan IST au moins une fois dans les 5 dernières années	33%	6	0	0
15) TRAITEMENTS	117	Consommation médicamenteuse globale des patients	50%	6	0	1
	118	Coût de la consommation médicamenteuse	67%	6	0	1
	119	Taux de rupture de délivrance des traitements au long cours	50%	6	0	1
	120	Taux/durée de prescriptions d'antalgiques de pallier 2	67%	6	0	1
16) TRAUMATO-ORTHO	121	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie chronique	83%	6	1	0
	122	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie aiguë	83%	6	1	0
	123	Nombre d'AT pour motif de lombalgie chronique	40%	5	0	0
	124	Nombre de prescriptions de MK chez patients lombalgiques chroniques	60%	5	0	1
	125	Nombre d'actes d'imagerie pour motif de lombalgie chronique	40%	5	0	0

ECG : Electrocardiogramme - **BPCO** : BronchoPneumopathie Obstructive Chronique - **BDCA** : Broncho-Dilatateur de Courte durée d'Action - **BDLA** : Broncho-Dilatateur de Longue durée d'Action - **EFR** : Exploration Fonctionnelle Respiratoire - **MK** : Masseur-Kinésithérapeute - **ETP** : Education Thérapeutique du Patient - **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral - **ALD** : Affection Longue Durée - **IDM** : Infarctus Du Myocarde - **MG** : Médecin Généraliste - **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat - **AOD** : Anticoagulant Oral Direct - **CNO** : Complément Nutritionnel Oral - **DFG** : Débit de Filtration Glomérulaire - **HBA1c** : Hémoglobine Glyquée - **DNID** : Diabétique Non Insulino-Dépendant - **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnel - **IC** : Insuffisance Cardiaque - **ADO** : Anti-Diabétique Oral - **TTT** : Traitement - **HDJ** : Hôpital De Jour - **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation - **AVK** : Anti-Vitamine K - **SF** : Sage-

*Femme - **AME** : Aide Médicale d'Etat - **CSS** : Complémentaire Santé Solidaire - **POP** : Pilule Oestro-Progestative - **DIU** : Dispositif Intra-Utérin - **RPP** : Réunion Pluri-Professionnelle - **AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien - **AT** : Arrêt de Travail*

Annexe 3 : Tableau IV - Résultats de la troisième ronde Delphi - Article 2

Thématiques	Indicateurs : les indicateurs EN ROUGE n'ont pas été soumis au vote car ayant fait consensus lors de la deuxième ronde		Pourcentage de vote "retenus"	Nombre de votants	Indicateurs faisant consensus (>80%)
1) BPCO	1	Consommation d'antibiotiques chez les patients BPCO	0,00	6,00	0
	2	Taux de consommation de BDCA chez les patients consommateurs (Nbr de flacons délivrés ?)	0,83	6,00	1
	3	Taux de consommation de BDLA chez les patients BPCO	0,50	6,00	0
	4	Taux de patients ayant eu au moins un EFR dans l'année pour BPCO ou asthme persistant	0,33	6,00	0
	5	Nombre de séances MK annuelles chez le patient BPCO	0,50	6,00	0
	6	Taux de patients ayant suivi un parcours ETP BPCO	0,33	6,00	0
	7	Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque			1
2) CARDIO-VASCULAIRE	8	Nombre d'ALD pour maladie coronarienne	0,00	6,00	0
	9	Surveillance infirmière chez le patient insuffisant cardiaque			1
	10	Délai de visite (MG/IDEL) après sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ?			1
3) DENUTRITION	11	Taux de prescription de CNO chez les patients de +70ans	0,00	6,00	0
	12	Taux de prescription du dosage albumine et/ou préalbum chez les +70ans	0,50	6,00	0
4) DIABETE	13	Taux de patients de +65ans sous metformine ayant eu au moins une mesure dans l'année du débit de filtration rénale			1
	14	Le taux de recours au podologue chez les patients diabétiques			1
	15	Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dépistage de la rétinopathie diabétique dans les deux dernières années			1

	16	Taux de patients diabétiques ayant été vaccinés contre le pneumocoque			1
	17	Nombre de diabétiques ayant eu un ECG depuis moins 2 ans			1
	18	Taux de patients diabétiques ayant eu au moins une mesure de filtration rénale dans l'année	0,83	6,00	1
5) ENFANT	19	Nombre d'enfants ayant réalisé un bébé vision	0,33	6,00	0
6) HOSPITALISATION	20	Motifs d'hospitalisation majoritaires chez les plus de 70ans	0,67	6,00	0
	21	Taux d'hospitalisation des patients de plus de 80 ans			1
	22	Taux de passage aux urgences pour maintien à domicile difficile	1,00	6,00	1
	23	Taux de recours spontané aux urgences non précédé d'une consultation chez le médecin généraliste			1
	24	Taux de patients adultes ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec le MG le jour même	0,83	6,00	1
	25	Taux d'enfants (-16ans) ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec MG ou pédiatre le jour même	0,67	6,00	0
	26	Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital tous motifs confondus			1
	27	Taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois suivant une première hospitalisation pour ce motif	1,00	6,00	1
	28	Taux de patients ayant une insuffisance cardiaque ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation cardiaque			1
	29	Taux de patients BPCO ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation BPCO			1

	30	Taux d'hospitalisation pour hypoglycémie chez les patients sous insuline	0,00	6,00	0
	31	Taux de patient de +70ans ayant été hospitalisé dans l'année pour motif de chute			1
	32	Nombre de patients sous anticoagulants ayant eu une hospitalisation pour complications hémorragiques ou ischémiques sous anticoagulant	0,00	6,00	0
7) INTERPR OFESSIO NNELS	33	Taux de patients qui ont eu au moins une consultation MG, MK, IDEL dans le mois après un retour d'hospitalisation	0,83	6,00	1
8) MEDICO-ECONOMIQUE	34	Coût médian de la consommation médicamenteuse par patient	1,00	6,00	1
	35	Coût médian/moyen en prescription de biologie par patient par rapport à la moyenne régionale	1,00	6,00	1
	36	Taux de prescription de psychotropes dans la patientèle exceptée les ALD pour maladie psychiatrique	0,20	5,00	0
	37	Taux de patients ayant eu une prescription d'antibiothérapie dans l'année	0,17	6,00	0
9) PLAIES ULCERES + POST CHIR	38	Durée moyenne des soins infirmiers de pansements d'ulcères			1
10) PREVENTION	39	Nombre de patients de 50-74ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal depuis moins de deux ans	0,67	6,00	0
	40	Taux de patients entre 3-24ans ayant eu un bilan bucco-dentaire dans les 3dernières années	0,67	6,00	0
	41	Taux de patients de +50ans ayant eu un bilan bucco-dentaire dans les trois dernières années	0,67	6,00	0
	42	Taux de patient parmi la population cible (+65ans ou ALD ?) ayant bénéficié d'un bilan de médication	0,83	6,00	1
	43	Taux de patients sous AVK ou AOD ou asthmatique ayant un entretien thérapeutique	1,00	6,00	1

	44	Taux de patientes de 25-30ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 3 dernières années			1
	45	Taux de patientes de 30-65ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 5 dernières années (5 dernières années ?)			1
	46	Taux de patients de 11-19ans ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV dans votre patientèle			1
	47	Taux de patientes ayant bénéficié d'une rééducation périnéale après une grossesse par SF ou MK	1,00	6,00	1
	48	Taux de délivrance des substituts nicotiniques	0,00	6,00	0
	49	Taux de délivrance du vaccin DTP dans la patientèle sur les 20 dernières années	1,00	6,00	1
	50	Taux de délivrance du vaccin ROR dans la patientèle	0,33	6,00	0
	51	Taux de délivrance du vaccin de la grippe dans la patientèle			1
11) PROFIL PATIENTELE	52	Nombre de patients de plus de 80 ans	0,00	6,00	0
	53	Nombre de patients bénéficiaires d'une AME	0,33	6,00	0
	54	Nombre de patients sans médecin traitant à l'échelle d'un territoire			1
	55	Nombre de patients insuffisants cardiaques	0,67	6,00	0
	56	Volume de la patientèle traitante par MSP			1
12) SANTE MENTALE	57	Durée de traitement par benzodiazépine			1
	58	Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de benzodiazépine de plus de 12semaines			1
	59	Taux de prescriptions de psychotropes	0,00	6,00	0

	60	Taux de prescriptions d'antidépresseurs chez les moins de 25 ans	0,00	6,00	0
13) TRAITEMENTS	61	Nombre médian de médicaments prescrits par patient	0,00	6,00	0
	62	Taux de rupture de délivrance des traitements au long cours	0,83	6,00	1
	63	Taux de délivrance d'antalgiques de pallier 2 au long cours	0,67	6,00	0
14) TRAUMATO-ORTHO	64	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie chronique			1
	65	Durée moyenne des AT pour motif de lombalgie aiguë			1
	66	Nombre de prescriptions de MK chez patients lombalgiques chroniques	0,00	6,00	0
15) AUTRE	67	Taux de patients pris en charge en masso-kinésithérapie après AVC			1
	68	Taux de patients pris en charge en orthophonie après AVC	0,00	6,00	0
	69	Nombre de patients sous AOD ayant au moins eu un dosage de la fonction rénale dans l'année			1
	70	Taux de diabétiques et d'insuffisants rénaux chroniques ayant eu un dosage DFG et microalb depuis moins de 18mois	0,83	6,00	1

ECG : Electrocardiogramme - **BPCO** : BronchoPneumopathie Obstructive Chronique - **BDCA** : Broncho-Dilatateur de Courte durée d'Action - **BDLA** : Broncho-Dilatateur de Longue durée d'Action - **EFR** : Exploration Fonctionnelle Respiratoire - **MK** : Masseur-Kinésithérapeute - **ETP** : Education Thérapeutique du Patient - **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral - **ALD** : Affection Longue Durée - **IDM** : Infarctus Du Myocarde - **MG** : Médecin Généraliste - **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat - **AOD** : Anticoagulant Oral Direct - **CNO** : Complément Nutritionnel Oral - **DFG** : Débit de Filtration Glomérulaire - **HBA1c** : Hémoglobine Glyquée - **DNID** : Diabétique Non Insulino-Dépendant - **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnel - **IC** : Insuffisance Cardiaque - **ADO** : Anti-Diabétique Oral - **TTT** : Traitement - **HDJ** : Hôpital De Jour - **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation - **AVK** : Anti-Vitamine K - **SF** : Sage-Femme - **AME** : Aide Médicale d'Etat - **CSS** : Complémentaire Santé Solidaire - **POP** : Pilule Oestro-Progestative - **DIU** : Dispositif Intra-Utérin - **RPP** : Réunion Pluri-Professionnelle - **AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien - **AT** : Arrêt de Travail

Serment d'Hippocrate

Version courte

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Version intégrale

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.