



**HAL**  
open science

# Comment les coordinateurs de maisons de santé de Seine-Maritime mettent en place la démarche qualité en 2024 ?

Erwan Lebret

## ► To cite this version:

Erwan Lebret. Comment les coordinateurs de maisons de santé de Seine-Maritime mettent en place la démarche qualité en 2024 ?. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04784940

**HAL Id: dumas-04784940**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04784940v1>**

Submitted on 15 Nov 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.

# UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2024

N°

<p><b>THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE</b></p>
--

(Diplôme d'Etat)

Par

LEBRET Erwan

NÉ LE 8 JUILLET 1996 À SAINT GERMAIN EN LAYE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 OCTOBRE 2024

**COMMENT LES COORDINATEURS DE MAISONS DE SANTÉ DE  
SEINE-MARITIME METTENT EN PLACE LA DÉMARCHE  
QUALITÉ EN 2024 ?**

PRÉSIDENT DE JURY : Professeur Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Sébastien BALEIZAO

MEMBRES DU JURY : Dr Julien Boudier

Dr Emmanuel HAZARD

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas <b>CLAVIER</b>	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian <b>CLATOT</b>	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie

Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Sophie <b>DENEUVE</b>	HCN	ORL
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian <b>GUISIER</b>	HCN	Pneumologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Vivien <b>HEBERT</b>	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mr Mourad <b>OULD SLIMANE</b>	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric <b>ROCA</b>	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien <b>THUREAU</b>	CB	Radiothérapie
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HCN	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie

Mme Marie-Laure **WELTER** HCN Physiologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT** HCN Virologie  
Mr Kévin **ALEXANDRE** HCN Maladies Infectieuses et Tropicales  
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie  
Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie  
Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie  
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie  
Mr Damien **COSTA** HCN Parasitologie  
Mme Ivana **DABAJ** HCN Pédiatrie  
Mme Charlotte **DESPREZ** HCN Physiologie  
Mr Pierre **DECAZES** CB Médecine Nucléaire  
Mr Maxime **FONTANILLES** GHH Oncologie Médicale  
M. Vianney **GILARD** (*disponibilité*) HCN Neurochirurgie  
Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie  
Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé  
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire  
Mme Chloé **MELCHIOR** HCN Hépto-gastro-entérologie  
M. Sébastien **MIRANDA** HCN Médecine Vasculaire  
Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie  
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire  
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail  
Mme Maud **ROTHARMEL** HCN Psychiatrie Adultes  
Mme Mélanie **ROUSSEL** HCN Médecine d'Urgences  
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique  
M. Abdellah **TEBANI** HCN Biochimie et Biologie Moléculaire  
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie  
Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Noémie **MARIE** UFR Communication  
Mr Thierry **WABLE** UFR Communication  
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais  
Mme Cécile **POTTIER-LE GUELLEC** UFR Anglais

## II – PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta <b>AL ZALLOUHA</b>	Toxicologie
Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul <b>BILLOIR</b> (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b> (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain <b>COPPEE</b>	Bio-Informatique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Sandrine <b>DAHYOT</b> (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Thomas <b>DUFLOT</b> (MCU-PH)	Pharmacologie

Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri <b>GONDÉ</b> (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla <b>EL GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Virologie
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Biologie Cellulaire
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin <b>PLATEL</b>	Pharmacologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie officinale
M. Charles <b>CALTOT</b>	DEUST Pharmacie
Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Christine <b>HAIMET-LEROY</b>	DEUST Pharmacie
Mme Lucile <b>LOUIN</b>	DEUST Officine
Mme Stéphanie <b>LAMOUREUX</b>	DEUST Pharmacie
M. Damien <b>SALAUZE</b>	Pharmacie industrielle

#### **PAU-PH**

M. Pierre <b>BOHN</b>	Radiopharmacie
M. Mikaël <b>DAOUPHARS</b>	Pharmacie

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

M. Eric <b>BARAT</b>	Pharmacie
Mme Marine <b>CAVELIER</b>	Pharmacie
M. Guillaume <b>FEUGRAY</b>	Biochimie Générale
M. Romain <b>LEGUILLON</b>	Pharmacie

<b>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</b>
---

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – ODONTOLOGIE

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

#### MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**



## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan <b>BRETON</b> (med)	Nutrition
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Loïc <b>MARTIN</b>	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### PAU

Mme Léopoldine <b>DEHEINZELIN</b>	Orthophonie
Mme Séverine <b>ROBERT</b>	Orthophonie

### **DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 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 et méprisé si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## **À Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS**

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et je vous exprime toute ma gratitude pour l'attention que vous portez à ce travail.

## **À Messieurs les Docteurs Julien BOUDIER et Emmanuel HAZARD**

Pour avoir accepté de prendre part à ce jury. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

## **À Monsieur le Docteur Sébastien BALEIZAO**

Pour m'avoir proposé ce sujet et m'avoir accompagné tout au long de la réalisation de cette thèse, malgré les nombreux kilomètres qui nous ont séparé ces derniers mois. Merci pour ton écoute et tes conseils qui m'ont permis d'avancer.

## **À Monsieur le Docteur Julien PERROTTE**

Pour le meilleur stage de mon internat, en SASPAS à Héricourt-en-Caux, que ce soit sur le plan relationnel ou formateur. Tu es sans aucun doute le médecin qui m'a le plus apporté dans mon cursus, et tu m'as conforté dans l'idée de devenir maître de stage plus tard.

## **À Monsieur Rémi SOUDAIS, Référent des Organisations de la CPAM de Seine-Maritime**

Pour votre aide précieuse concernant les coordonnées et les caractéristiques des maisons de santé du département. Je ne sais pas comment j'aurais pu obtenir toutes ces informations sans vous.

## **À Messieurs Martin REVILLION et Adrien DEMARET, de la Fédération des Maisons et Pôles de santé (FMPS) de Normandie**

Pour votre aide sur la recherche bibliographique qui m'a permis de mieux appréhender le thème de la démarche qualité.

## **Aux coordinateurs et coordinatrices de maisons de santé**

Merci pour le temps que vous m'avez accordé pour réaliser les entretiens et pour votre accueil au sein de vos structures. Ce fut un plaisir de travailler avec vous tous.

## **À toutes mes belles rencontres durant mon cursus : Aurélien, Danaé, Eugénie, Gautier, Joseph, Marie, Rachel, Thomas.**

Même si on ne se verra plus tous les étés pour la baignade habituelle dieppoise, vous êtes tous les bienvenus pour venir visiter la Hague !

## **À Antoine, David, Henri et Quentin**

Même si ce n'est pas toujours évident de se voir, merci pour tous ces bons moments passés avec vous, et j'ai hâte d'en passer encore beaucoup d'autres dans les prochaines années !

**À ma famille**

Merci pour votre soutien indéfectible envers moi pendant toutes ces années, tout simplement.

**À Marylène**

Tu m'as accompagné ces huit dernières années et j'espère que tu me supporteras toujours pour les nombreuses années à venir. Aménager notre petit chez nous à Vasteville me remplit de bonheur, et j'ai hâte de voir où notre aventure à tous les deux nous mènera.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>23</b>
Type d'étude.....	23
Échantillonnage et recrutement.....	23
Guide d'entretien.....	24
Recueil de données.....	24
Analyse de données.....	25
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>26</b>
Caractéristiques de l'échantillon.....	26
Connaissance de la démarche qualité.....	27
Démarches qualité déjà mises en place.....	27
Domaines d'application variés.....	28
La mise en place de la démarche qualité.....	29
Comment organiser la réévaluation de la démarche qualité ?.....	31
Les freins à sa mise en place.....	31
Des outils perfectibles.....	32
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
Limites de l'étude.....	36
Proposition d'un outil d'aide à la mise en place.....	36
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>42</b>
Annexe 1a - Matrice de maturité de la HAS.....	42
Annexe 1b - Exemple d'auto-évaluation par la matrice de maturité.....	43
Annexe 2 - Démarche qualité dans l'ACI.....	44
Annexe 3 - Guide d'entretien.....	46
Annexe 4 - Fiche de recueil de consentement.....	49
Annexe 5 - Infographie - "Démarche qualité en maison de santé".....	51
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>52</b>

# INTRODUCTION

Le concept de “démarche qualité” qui consiste en un ensemble de procédures cherchant une amélioration continue de la qualité est apparu à la fin du XIXe siècle lors de la révolution industrielle. Son objectif premier était de s’assurer de la conformité des produits avant de s’orienter plus tardivement vers la satisfaction des clients.

Sa forme a évolué au fil des années. Initialement, elle consistait à jeter les produits non conformes en bout de chaîne de production puis s’est progressivement déplacée vers les étapes de conception afin d’anticiper les défaillances avant qu’elles n’arrivent.

Plus récemment, ces démarches se sont diffusées dans les organisations non marchandes, comme le milieu de la santé (1). En France, son développement remonte aux années 90, notamment par le biais du système de certification des établissements de santé.

L’actualité des années 80 et 90 (affaire du sang contaminé ou encore le pic épidémique VIH) a permis de mettre en lumière le besoin d’un contrôle concernant la sécurité et la qualité des soins. Ainsi, de nombreuses mesures furent prises : création du comité d’hémovigilance en 1993, publication des premières bonnes pratiques de la pharmacovigilance en 1994, création du comité de lutte contre les infections nosocomiales en 1998, et caetera.

La culture de la qualité va se diffuser au sein des établissements de santé à partir de 1996 par la création de l’accréditation, renommée plus tard certification, qui consiste en “une appréciation indépendante sur la qualité d’un établissement, à l’aide d’indicateurs, de critères et de référentiels.” (2)

En pratique, cette certification consiste en une auto-évaluation par l’établissement de santé confrontée ensuite à une évaluation externe par des experts de la Haute Autorité de Santé (HAS). La détermination commune des forces et faiblesses de l’établissement va permettre de prioriser les domaines nécessitant une amélioration (3).

Ces vingt dernières années de certification ont permis de se rendre compte de certaines limites de ce genre de processus, notamment la difficulté de traduire une qualité de soins en indicateur(s) chiffré(s) pertinent(s). Le soin est un service particulièrement complexe, dépendant à la fois de connaissances scientifiques et de facteurs humains (équipe soignante et patient). Ainsi, il est difficile de le résumer en une simple donnée chiffrée, bien que cela soit nécessaire pour pouvoir le comparer à un référentiel de bonnes pratiques.

La démarche qualité ne s'adresse plus uniquement aujourd'hui aux structures hospitalières. Elle concerne également les structures de soins de premiers recours et notamment les maisons de santé pluridisciplinaires (ou MSP).

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont une forme récente de structure de soins de premier recours apparue dans les années 2010. Elles répondent à plusieurs problématiques : d'une part, l'augmentation des maladies chroniques en France et leur prise en charge bien souvent multidisciplinaire nécessite une meilleure coopération interprofessionnelle au sein d'un même territoire ; et d'autre part, l'amélioration des conditions de travail permet de rendre certains territoires plus attractifs, dans un contexte de baisse majeure de la démographie médicale (4).

Ces structures se distinguent des établissements de santé par une organisation sans hiérarchisation des professionnels. Les responsables de l'organisation de la MSP sont appelés coordinateurs. Il peut s'agir soit de professionnels participant aux soins dans la MSP, soit de professionnels dédiés entièrement à l'organisation de l'équipe.

Ces structures bénéficient de financement de la part de l'Assurance Maladie par le biais de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). Ce dernier consiste en un ensemble de critères (certains obligatoires, d'autres optionnels) donnant un certain nombre de points. Du nombre de points validés, dépend le financement reçu par la structure. Ces critères sont très divers : amplitude horaire des consultations, élaboration de protocoles pluriprofessionnels, système d'information partagé, formation de jeunes professionnels, et caetera.

L'avenant n°1 de l'ACI a ajouté en 2022 comme critère : la démarche qualité (5). Ce critère, pour le moment optionnel, se décline en 3 niveaux : diagnostic, planification et résultats.

- Le diagnostic correspond à une phase d'auto-évaluation du fonctionnement de la MSP. Il évalue les besoins des professionnels.
- La planification correspond au plan d'action et à sa mise en place, afin d'améliorer le ou les domaine(s) d'amélioration choisi(s).
- La production de résultats correspond à des données qualitatives et/ou quantitatives permettant d'évaluer les actions mises en place pour savoir si l'objectif a été atteint ou non, et si le plan d'action doit être modifié.

Cette démarche qualité se distingue de la démarche hospitalière par l'absence d'un contrôle extérieur sur les résultats produits et l'absence de thèmes prédéfinis. L'idée est d'avoir une démarche adaptée aux besoins de chaque structure et dont les résultats ne cherchent qu'à améliorer le fonctionnement de cette même structure sans comparaison à un référentiel national ni au fonctionnement d'autres MSP.

Afin d'aider les MSP à adopter cette nouvelle démarche, la HAS propose une matrice de maturité (6) (voir Annexe 1). Elle permet aux professionnels d'appréhender les grands domaines d'application de la démarche qualité et permet de réaliser une évaluation globale du fonctionnement de la MSP. De nombreux autres outils d'évaluation existent (7) (8), mais pour cette thèse, le choix a été fait de n'utiliser que la matrice proposée par la HAS comme "référentiel". Elle est fréquemment utilisée, disponible en français et partage un socle commun avec les autres outils disponibles.

Même si l'inclusion de la démarche qualité dans les items de l'ACI est nouvelle pour les maisons de santé, elle s'inclut dans un objectif global d'amélioration des soins. Ceci est une des motivations à l'origine de la création de ces structures : améliorer la prise en charge du patient par un travail transversal et coordonné des professionnels de santé. Le segment des ACI concernant la démarche qualité peut être retrouvé en Annexe 2.

De nombreux travaux sur la démarche qualité en soins primaires ont été produits dans d'autres pays où les regroupements pluri-professionnels y existent depuis de nombreuses années.

Néanmoins, la notion de "démarche qualité" ou "continuous quality improvement" en anglais, varie en fonction des structures et des pays ce qui rend la littérature sur le sujet assez hétérogène et difficilement extrapolable (9). On retrouve tout de même fréquemment quelques valeurs universelles. Par exemple, la notion de "feedback"(réévaluation) sur des données collectées (qualitatives parfois mais surtout quantitatives). La démarche est le plus souvent adaptée aux conditions locales et non pas imposée par une instance supérieure. De plus, le processus s'inscrit dans la durée avec une méthodologie claire définie dès le début de la démarche.

La méthodologie anglo-saxonne s'appuie sur le principe du PDSA (ou Plan-Do-Study-Act) qui reprend les différents niveaux présents dans l'ACI : Planification et mise en œuvre (Plan-Do) et Réévaluation selon les résultats (Study-Act).

Deux études australiennes (10,11) se sont intéressées aux facteurs favorisant ou gênant la mise en place de démarche qualité en soins primaires.

On y retrouve comme obstacles : la difficulté à inclure et à dédier du temps à la démarche qualité dans sa pratique quotidienne, la difficulté de remettre en question sa pratique pour certains professionnels, l'informatisation imparfaite au sein de la structure ou encore un turnover important des professionnels (il est difficile d'évaluer et d'ajuster un plan d'action que l'on n'a pas mis en place soi-même).

Les facteurs favorisants regroupent quant à eux : une aide régionale et des ressources dédiées à la démarche qualité, une définition claire du rôle de chaque professionnel dès le début de la démarche, l'investissement ressenti par les professionnels dans la démarche (en fonction du thème par exemple) et des données recueillies facilement interprétables permettant une réévaluation plus facile du plan d'action.

Une des spécificités de la démarche qualité par rapport aux autres procédures d'amélioration des soins est la réévaluation, à plusieurs reprises, de l'efficacité des actions mises en place. Ceci nécessite de déterminer, dès le début, des indicateurs pertinents pour le suivi. La matrice de maturité de la HAS est un exemple d'outil d'évaluation globale.

On peut retrouver dans la littérature de nombreux outils similaires (12) dont le Systems Assessment Tool (13) (SAT). Il consiste en une évaluation dans 5 domaines, chacun coté de 0 à 11 : Organisation des soins, Support et Éducation individuelle, Système d'information, Contact avec les autres services de santé, Inclusion du travail pluriprofessionnel. Ces thématiques sont proches de celle de la matrice de maturité : Travail en équipe pluriprofessionnelle, Système d'information, Implications des patients et Projet de santé avec accès aux soins.

La démarche qualité dans le domaine de la santé est l'adaptation et l'application d'un concept déjà présent dans l'industrie depuis longtemps. Une étude récente américaine s'est justement intéressée aux spécificités de la démarche qualité en santé (14). Une différence notable, notamment dans les structures de soins primaires, est la nécessité de baser cette démarche qualité sur les retours du terrain, sur les besoins spécifiques de la structure et de ses professionnels (modèle ascendant) ; contrairement à l'industrie où ce sont les instances supérieures qui appliquent des exigences de qualité sur la production (modèle descendant).

La question du rapport entre le coût et le bénéfice de la démarche qualité en MSP semble encore difficile à appréhender. Le coût d'une telle procédure peut être chiffré (consultations, temps dédié, etc...), mais son gain direct est beaucoup plus difficile à estimer (15) et relève encore en partie de l'intuition. Par exemple, la baisse du taux d'hospitalisation des patients atteints d'une pathologie chronique dont la prise en charge a été améliorée par les soins coordonnés des professionnels de la MSP peut correspondre à une économie secondaire liée à l'amélioration de la qualité des soins. De façon intuitive également, il est probable qu'un système de santé de mauvaise qualité coûte plus cher du fait d'hospitalisations ou d'effets indésirables, tous deux évitables.

Depuis quelques années, certaines thèses françaises ont commencé à aborder le sujet. La plupart d'entre elles se basent sur des initiatives portées par certaines MSP afin d'en réaliser un "retour d'expérience" du côté professionnels ou du côté patient. Il est intéressant de noter que ces initiatives abordent les grands thèmes inclus dans la matrice de maturité : le travail en équipe pluriprofessionnelle en évaluant les moyens de communication autour de cas complexes (16), le système d'information par le biais d'un système centralisé de recueil des effets indésirables liés aux soins (17) et enfin l'implication des patients par l'expérimentation de "La cible", une représentation graphique d'objectifs biomédicaux définis par le soignant et le patient (18).

L'objectif de cette thèse est d'aborder la question de la démarche qualité avec un nouveau point de vue : celui du coordinateur. L'idée est d'explorer plusieurs aspects comme notamment l'organisation de la démarche qualité en fonction des équipes, la praticité des outils fournis par la HAS (avec la matrice de maturité), les difficultés rencontrées pour sa mise en place dans le cadre de l'ACI, et caetera.

C'est pourquoi la question de la thèse est la suivante : Comment les coordinateurs des MSP de Seine-Maritime mettent en place la démarche qualité en 2024 ? Selon les résultats, le projet est de réaliser un outil pratique d'aide à sa mise en place.

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

## Type d'étude

L'objectif de l'étude est d'analyser comment les coordonnateurs de Seine-Maritime envisagent de mettre en place une démarche qualité au sein de leur maison de santé, par le biais d'une étude qualitative d'entretiens semi-dirigés.

## Échantillonnage et recrutement

Les participants à l'étude ont été recrutés de diverses façons. Les coordonnées des maisons de santé de Seine-Maritime ont été récupérées par le biais de la CPAM.

Un classement par date de création croissante a été effectué, afin de ne sélectionner que celles fondées avant 2020. Ce choix est basé sur une hypothèse : la démarche qualité étant un critère optionnel de l'ACI, les MSP les plus récentes ont probablement favorisé le travail sur les critères socles pour leurs premières années d'existence.

Les PSLA (pôles de santé libéraux et ambulatoires) ont également été exclus. Leur faible nombre en Seine-Maritime (9 pôles) risquerait d'induire une faible pertinence. De plus, le fonctionnement d'un PSLA et d'une MSP étant un peu différent, il apparaissait important d'exclure les PSLA de l'étude pour conserver une cohérence des professionnels interviewés et éviter de la confusion dans les résultats.

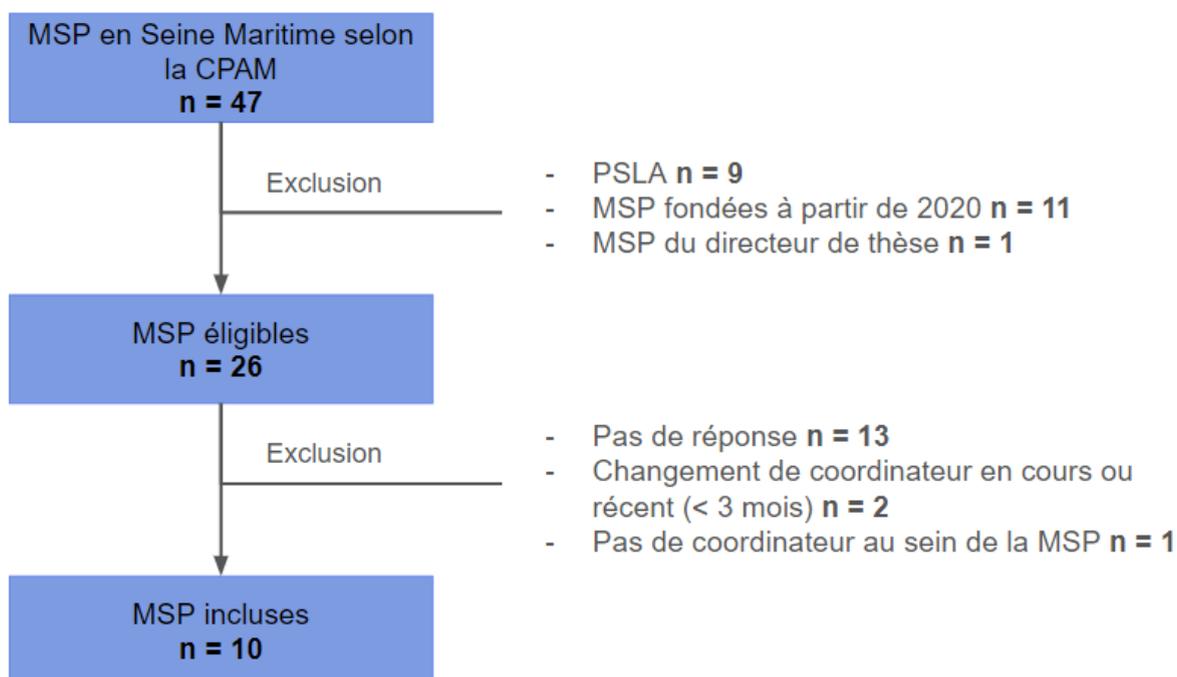
Les critères d'inclusions sont :

- Être coordinateur d'une maison de santé.
- La maison de santé doit avoir été fondée avant 2020.

Les maisons de santé ont été contactées par mail et par téléphone. Cinq entretiens ont pu être initialement réalisés de cette façon.

Devant des difficultés de recrutement, un message présentant l'étude a été déposé sur un groupe Whatsapp regroupant plusieurs coordinateurs du département. Seules les maisons de santé créées avant 2020 ont été sélectionnées, et celles-ci représentent la seconde moitié des entretiens réalisés.

Vous pouvez retrouver l'ensemble de ces données dans le flowchart ci-dessous :



### **Guide d'entretien**

Un premier guide d'entretien a été réalisé suite aux recherches bibliographiques. Afin de le modifier et de préciser certaines questions, un entretien "blanc" a été effectué au sein de la MSP de Saint Crespin en présence du Docteur BALEIZAO (directeur de cette thèse). Il n'y a pas eu de modification ultérieure du guide d'entretien. Le guide d'entretien est disponible en Annexe 3.

### **Recueil de données**

L'ensemble des entretiens a été réalisé en présentiel, au sein des maisons de santé, sur des créneaux horaires de 30 à 40 minutes. Les consentements oraux et écrits ont été recueillis juste avant la réalisation des entretiens. La fiche de recueil de consentement est disponible en Annexe 4. L'audio des entretiens a été enregistré à l'aide de deux dictaphones.

## **Analyse de données**

Chaque entretien a été entièrement retranscrit à l'aide du logiciel Word, après anonymisation.

Les données ont été stockées sur un ordinateur personnel, avec cryptage des données à l'aide du logiciel Veracrypt.

L'analyse qualitative a été réalisée selon une méthode inductive à l'aide du logiciel Nvivo.

# RÉSULTATS

## Caractéristiques de l'échantillon

Dix entretiens ont été réalisés avec 9 coordinateurs (1 coordinateur s'occupait de 2 maisons de santé) entre décembre 2023 et mars 2024.

Les caractéristiques qui ont été relevées concernant les coordinateurs sont : le sexe, la profession effectuée avant l'exercice de coordination et le temps alloué à la coordination (temps partiel ou temps plein). Vous pouvez retrouver l'ensemble de ces données dans le tableau ci dessous :

Catégories	Réponses	Effectif (%)
<b>Sexe</b>		
	Femme	6 (66%)
	Homme	3 (33%)
<b>Temps consacré à la coordination</b>		
	Plein temps	5 (56%)
	Temps partiel	4 (44%)
<b>Profession avant la coordination</b>		
	Comptable	1 (11%)
	Ergothérapeute	1 (11%)
	Infirmier	3 (33%)
	Médecin généraliste	2 (22%)
	Orthoptiste	1 (11%)
	Prestataire de matériel médical	1 (11%)

Tableau 1 - Caractéristiques des coordinateurs

Concernant les maisons de santé, elles étaient majoritairement multi-sites (60%) et regroupaient en moyenne 22,3 professionnels, avec une médiane à 21,5.

Chaque exemple cité sera associé à son verbatim de référence par les initiales C1 à C10 (un pour chaque MSP, un des coordinateurs a donc deux verbatims qui lui correspondent).

## **Connaissance de la démarche qualité**

Comme nous l'avons abordé en introduction, la notion de démarche qualité dans les soins de premier recours est relativement nouvelle. Le guide d'entretien comprenait donc une question demandant une définition "personnelle" de la démarche qualité, avec un rappel ensuite pour s'assurer de la bonne compréhension du terme par les interrogés.

Une définition était considérée comme "correcte" si elle contenait la notion d'amélioration des soins ou du fonctionnement de la MSP, et l'évolution en 3 phases : diagnostic, planification, réévaluation. Sur les neuf coordinateurs, sept ont fourni une définition qui contenait ces deux éléments.

*"C'est regarder un petit peu, quels peuvent être les grands thèmes de fonctionnement d'une maison de santé, s'interroger sur une thématique en équipe et à partir d'une situation, d'un problème, voir comment on peut essayer de mettre en place des choses. Bon, après on évalue ce qu'on a mis en place" (C2)*

On retrouve parfois la notion d'évaluation par une instance supérieure, proche de l'idée de certification des établissements de santé.

*"La démarche qualité, si j'ai bien compris, selon le référentiel HAS, c'est tout simplement vérifier que ce qu'on fait correspond à ce qui est attendu et demandé dans le cadre des maisons de santé." (C5)*

## **Démarches qualité déjà mises en place**

Quatre MSP avaient déjà mis en place une démarche qualité avant l'entretien, parfois même sans s'en rendre compte.

*"[Nous faisons] une mission de santé publique sur l'éducation thérapeutique des patients diabétiques avec l'infirmière asalée. Et j'avais dit : « mais ça serait intéressant, qu'on puisse récupérer une évaluation à chaque atelier. Est-ce que on peut évaluer ces actions là ? » On m'a dit que ça pouvait rentrer dans le cadre de la démarche qualité." (C10)*

La réévaluation de l'efficacité de ces démarches ne repose pas sur des données quantifiables.

*“C'était un questionnaire par le patient à chaque atelier, ce qu'il en pensait. Voilà avec des questions fermées quoi.” (C10)*

*“On a fait un questionnaire sur : j'ai entendu parler du protocole, je connais le protocole, je l'utilise, j'y inclus des patients.” (C10)*

*“Nous, notre gros point noir, c'était la communication. [...] On a commencé par un petit questionnaire à tous les professionnels de santé pour savoir s'ils se sentaient bien au sein de la maison de santé” (C6)*

D'autres MSP ont eu des initiatives similaires, même si elles ne remplissent pas tous les critères de la démarche qualité, parfois par choix.

*“On fait de l'amélioration des processus, mais c'est dans le respect strict de la médecine clinique. Donc c'est rarement parfaitement évaluable, mais on sait que le risque avec une administration [et une évaluation quantifiable], c'est de finir par un truc administrable, pour obtenir toujours plus. [...] Un exemple de critère objectif absurde : j'étais blacklisté sur Google parce que j'ai un patient mécontent, un seul, qui avait plombé ma note.”(C3)*

### **Domaines d'application variés**

Lors de l'entretien, la matrice de maturité de la HAS (Annexe 1) était montrée aux coordinateurs pour connaître quels domaines d'application étaient à leurs yeux le ou les plus pertinents pour la démarche qualité.

Le travail en équipe pluriprofessionnelle était souvent un sujet déjà abordé au sein des MSP. Il est même souvent présent à l'origine de la création de ces structures.

*“Je pense, qu'en fait, on va revenir sur le même point, la communication. Je pense que ça va être un gros point [à améliorer], mais plutôt dans le sens sur le fait qu'on soit multi-sites.” (C6).*

*“Alors ils ont énormément travaillé sur les protocoles sur les premières années et, en fait, ce travail sur les protocoles, même si aujourd'hui ils sont inclus dans le logiciel ils restent très peu utilisés. Donc je pense qu'une démarche qualité pourrait être faite” (C4).*

Concernant le système d'information, il est à la fois le support d'une bonne communication interprofessionnelle et permet un retour sur les pratiques lorsque ce système est bien optimisé.

*“On voulait justement améliorer cette chose-là parce que finalement si les médecins n'ont pas un bon logiciel de métier [...], tous les autres professionnels sont un peu coincés pour aller chercher les informations” (C10).*

*“La difficulté, c'est l'analyse des pratiques” (C5).*

L'implication des patients a souvent été perçue comme un sujet plus novateur et d'actualité.

*“L'éducation thérapeutique, c'est quelque chose sur laquelle là je suis en train justement de vraiment me pencher en fait pour en mettre en place” (C1).*

*“L'idée ce serait peut-être d'impliquer aussi davantage le patient, ce qui n'est pas le cas actuellement.” (C9)*

A l'inverse, certaines équipes n'étaient pas encore prêtes à investir ce sujet.

*“Ils ne sont pas prêts à aller sur l'implication du patient.” (C2).*

*“Ce n'est pas encore un thème qu'on fait tellement.” (C3)*

L'accès aux soins regroupe la plupart des projets de démarche qualité déjà mis en place au moment de l'entretien.

*“La problématique [...] c'est qu'on a énormément de demandes [de rendez-vous]. [Le projet] c'était la gestion des demandes du jour, des soins non programmés et comment on pourrait essayer d'en absorber une partie pour éviter que les gens se retrouvent chez SOS Médecins” (C7)*

*“On a mis en place donc des permanences de soins où chaque jour il y a un des médecins traitants qui est de permanence de soins” (C8)*

### **La mise en place de la démarche qualité**

Nous pouvons regrouper en deux grandes catégories les différentes propositions des coordinateurs pour répondre à la question : Comment envisager concrètement la mise en place de la démarche qualité dans votre MSP ?

Il est fréquemment envisagé de faire une réunion avec l'ensemble des professionnels pour recueillir leurs avis sur les différents thèmes pouvant nécessiter une démarche qualité. On retrouve plus souvent cette réponse dans les MSP monosites, les MSP les plus anciennes, celles contenant moins de professionnels et les MSP où le turnover des professionnels était moins important.

Cette proposition repose sur l'idée que pour initier un changement dans le mode de fonctionnement, il est nécessaire que tous les membres concernés se sentent investis dans le projet. Le fait d'en discuter tous ensemble et de se rendre compte que les points de vue de chacun peuvent être à la fois différents et complémentaires permettraient de faire émerger un projet commun intéressant.

Ce mode de fonctionnement a été proposé lors de 6 entretiens.

*“On a une capacité à faire circuler la parole. Que chacun puisse s'exprimer, c'est une vraie difficulté mais c'est une vraie problématique pour ensuite analyser les problématiques communes.[...] On a pas envie de changer si on n'a pas exprimé notre problématique à titre personnel.” (C3)*

Une autre approche consiste, au moins pour partie, en un recueil de données anonymisé. Cette approche repose sur l'idée qu'au sein d'une MSP, il peut persister une forme de hiérarchie, notamment entre le personnel médical et paramédical. Au-delà même de cette possible hiérarchie, les relations entre professionnels, les potentiels conflits qui peuvent exister semblent pouvoir entraver la bonne et libre expression des idées lors d'une réunion en présentiel.

Par exemple, un questionnaire anonymisé concernant les thèmes à aborder peut s'envisager dans un premier temps ou alors des réunions centrées sur une catégorie professionnelle pour en connaître les problématiques spécifiques.

Ce mode de fonctionnement a été proposé lors de 4 entretiens.

*“Mon souhait aussi, c'était qu'il puisse vraiment s'exprimer sans forcément redouter ce qui pouvait se passer derrière, que ça soit assez libre” (C6)*

## **Comment organiser la réévaluation de la démarche qualité ?**

Concernant les modalités de suivi et de réévaluation, les coordinateurs avaient une approche similaire à celles des protocoles de soins déjà en place au sein de leurs maisons de santé. Une évaluation au moins annuelle était préconisée par tous les coordinateurs.

*“On se voit tous les 2, 3 mois pour faire le point parce qu'on est au début. L'échange est alors très important pour connaître rapidement les difficultés rencontrées ou pour comprendre pourquoi [la démarche] ne prend pas. Par contre, une évaluation par an pour [une démarche] qui roule, c'est largement suffisant.” (C1)*

Les données de cette réévaluation sont essentiellement qualitatives pour le moment, par le biais de questionnaires auprès des professionnels ou des patients.

## **Les freins à sa mise en place**

Sept coordinateurs ont relevé qu'un manque d'implication des professionnels pouvait être un frein. Ils mettent surtout en avant deux points : la charge supplémentaire de travail que cette démarche peut représenter dans leur activité quotidienne et le mauvais retour d'expériences passées de certains professionnels avec notamment la crainte d'un contrôle de leur activité par une instance supérieure.

*“C'est la pharmacienne qui a tout de suite pris la parole [quand j'ai évoqué la démarche qualité] et donc elle a fait un peu peur à toute l'équipe là-dessus. Et la maturité de l'équipe est aussi bien moins importante” (C4)*

*“On nous demande de faire un travail qui n'est pas le nôtre. Voilà, on n'est pas formé pour ça. On est formé pour être des soignants. Et là, on nous demande de faire des choses qui ne relèvent pas de nos compétences. Ce n'est pas dans les formations des infirmières, c'est pas dans la formation des médecins” (C8)*

Quatre coordinateurs ont également partagé leur inquiétude concernant la charge supplémentaire que pouvait représenter la démarche qualité, d'autant plus qu'elle est pour le moment optionnelle :

*“Là je travaille à mi-temps donc ça limite aussi un petit peu le champ des possibles.” (C2)*

*“C'est moi le coordinateur et je n'ai pas le temps de me lancer là-dedans.” (C4)*

*“[Les personnes] qui sont en charge peuvent facilement s'épuiser, et ça rajoute une charge de travail.” (C5)*

## Des outils perfectibles

L'utilisation de la matrice de maturité comme support durant l'entretien avec les coordinateurs leur a permis de partager leur avis concernant sa pertinence pour les maisons de santé.

La plupart des coordinateurs reconnaissent que la matrice, dans sa forme entière, permet d'avoir une appréciation très complète du fonctionnement de la MSP.

*“Cela nous donne quand même une trame à suivre. Mais bon, c'est sûr que quand on la prend en détail, il y a des choses discutables mais en général moi je trouve qu'elle est pas trop mal faite.”* (C10)

*“La matrice de maturité, c'est un très bon outil pour coordinateur pour voir où est-ce qu'on en est en termes de progression”* (C2)

*“Oui, c'est tout à fait pertinent.”* (C4)

Par contre, le langage administratif utilisé rend son utilisation parfois laborieuse. Elle est également difficilement présentable telle quelle au reste de l'équipe de professionnels du fait de sa compréhension difficile.

*“C'est des termes un peu bureaucratiques et caetera. Disons que quand je lisais les questions, je traduais derrière ou je donnais des exemples.”* (C5)

Elle est donc souvent utilisée en tant que base de travail pour le coordinateur, qui va se l'approprier et la reformuler afin de donner une vision d'ensemble de la MSP compréhensible par l'ensemble des autres professionnels.

*“La matrice de maturité est un peu imbuvable pour l'équipe. Ils ne sont pas formés à la gestion de projet. La matrice c'est un outil, on regarde où on en est et on se donne les objectifs. Je trouve que cette matrice de maturité, elle demande d'avoir des équipes avec déjà un petit peu d'expérience”* (C2)

# DISCUSSION

La représentativité de l'échantillon de coordinateurs est difficile à estimer car les données épidémiologiques concernant les maisons de santé sont rares. Le nombre moyen de professionnels par maison de santé est estimé à environ 20 (19). En sélectionnant les MSP les plus anciennes pour les entretiens, il y avait un risque de voir ce nombre de professionnels plus important. Mais ce n'est pas le cas puisqu'il y a 22,5 professionnels par MSP en moyenne dans cette étude.

Concernant les coordinateurs, les données sont encore moins nombreuses. Une étude de l'IRDES permet d'avoir quelques repères (20). Une grande majorité des coordinateurs sont des femmes : 86%. Dans une moindre mesure, l'échantillon est également majoritairement féminin : 66%.

Concernant les profils professionnels avant de rejoindre la coordination, ils sont pour moitié des professionnels de santé (54%, et parmi eux deux tiers étaient infirmiers) au niveau national. La seconde moitié se divise entre des profils plus administratifs (23.5%) et des personnes dont c'est la première expérience professionnelle (22.5%). Concernant l'échantillon, les professionnels de santé étaient beaucoup plus représentés : 89%.

Il n'existe pas pour le moment de données concernant la proportion de coordinateurs qui exercent leur métier à temps plein. Dans cette étude, la répartition entre temps plein et temps partiel était équilibrée.

Bien que l'inclusion de la démarche qualité dans l'ACI soit récente, on retrouve de nombreuses ébauches d'amélioration continue des soins plus anciennes (8 MSP sur 10 dans les entretiens menés). La plupart des démarches qualité déjà mises en place concernait l'accès aux soins car c'était une des principales problématiques rencontrées et identifiées sur le terrain. En ce sens, ces "ébauches" de démarches répondent aux attentes que nous avons formulées en introduction. Elles sont basées sur des retours d'expérience en vue d'améliorer le fonctionnement des MSP sans vouloir répondre à un référentiel national. Par contre, pour le moment, aucune de ces démarches n'avait de données quantifiables pour leur réévaluation.

Les entretiens ont également été l'occasion pour certains coordinateurs de partager une vision plus globale sur la démarche qualité et le fonctionnement actuel des MSP.

Actuellement, le cadre de la démarche qualité en maison de santé est particulièrement large. Pour bénéficier du financement par les ACI, cette démarche doit seulement comporter “un plan d’action formalisé, avec des données qualitatives et/ou quantitatives permettant une analyse critique des actions mises en place”. Ce cadre particulièrement souple pour le moment a probablement pour but une meilleure adhésion et appropriation du concept par les équipes de soins. Son caractère optionnel va également en ce sens. Il n’est pas exclu que la qualité des démarches puisse grandement varier d’une MSP à l’autre sans que cela ne se traduise par des financements différents.

*“Dès lors qu’il y a une démarche qualité, je pense que c’est un peu facile de dire : on va faire une démarche qualité, mais c’est nous qui allons mettre les critères, savoir ce qu’il faut évaluer. Pour moi une démarche qualité, elle doit être standardisée, elle doit être réalisée de façon nationale. C’est comme une norme.” (C5).*

Une thèse récente française (21) a cherché à dresser une liste de critères pertinents et quantifiables sur les problématiques fréquentes rencontrées au sein des MSP. Voici quelques exemples retenus : le retour à domicile post-hospitalisation des patients fragiles (en suivant le temps resté à domicile entre deux hospitalisations), les acutisations de pathologies chroniques (en suivant le nombre d’hospitalisations par rapport au nombre de patients en ALD pour cette pathologie), la qualité de suivi des pathologies chroniques (nombre de consultations cardiologiques, ophtalmologiques, dentaires chez les patients diabétiques par exemple), etc.

La tentation serait grande d’uniformiser cette démarche sur le plan national mais sa mise en place pratique ne semble pas si simple que cela. Il existe des spécificités locales qui ne peuvent aujourd’hui être prises en compte que dans la démarche qualitative ascendante. La pluralité des logiciels utilisés en MSP ne permet pas spontanément de créer des requêtes “universelles” et de récupérer facilement les données. Les bases de données de l’Assurance Maladie posent d’autres difficultés : certains actes réalisés en MSP n’ont pas de cotation propre (actes des psychologues, des diététiciens, des infirmiers en pratique avancée,...) et les bases de données reposent sur la patientèle “médecin traitant” ce qui n’est pas forcément représentatif de la patientèle de l’ensemble de l’équipe de la MSP en question.

Le principe même de la démarche qualité pouvait être aussi remis en cause lors des entretiens. La nécessité d'avoir un critère de réévaluation, objectif et quantifiable si possible, peut entrer en contradiction avec l'exercice complexe du soin. Comment résumer un service où de nombreux facteurs sont en interaction (soignant, patient, environnement, connaissances scientifiques) par une simple donnée ?

*“Au début, ça a du sens. Et puis à un moment donné, il faut toujours faire mieux, toujours faire mieux et ça, ça perd en sens, on atteint un plafond de verre et ça devient complètement abscons. C'est un processus qui peut être très dangereux quand on accepte de rentrer dedans parce que derrière, très franchement, les administrations adorent la démarche qualité. C'est parfait pour eux parce qu'il y a des critères. Et qu'on peut objectiver, suivre et réévaluer et le problème des critères, c'est qu'on ne suit plus que les critères et on ne suit plus le bon sens. Et donc on finit par administrer en suivant des critères objectivables et les autres, on ne les suit pas, alors que c'est pas parce que c'est pas objectivable que c'est pas hyper important.” (C3)*

Cette difficulté à retranscrire le facteur humain dans le domaine de la santé est d'autant plus problématique que la notion d'efficience des soins est devenue un critère de qualité ces dernières années. Les soins ne peuvent plus être simplement de qualité, il faut qu'ils soient également “au meilleur coût”. Or, si les critères utilisés ne peuvent pas prendre en compte la complexité des soins humains, on peut redouter que l'amélioration des soins ne consiste alors qu'à répondre aux exigences de la HAS au moindre coût.

Si le coût de la démarche qualité est assez aisément évaluable (consultations plus fréquentes, nouveau traitement, temps dédié à la qualité...), ses gains sont beaucoup plus difficiles à estimer (15). En effet, certaines économies secondaires à l'amélioration de la qualité des soins n'iront pas forcément directement à la structure : par exemple, une baisse des hospitalisations grâce à l'amélioration d'un suivi de pathologie chronique pourra bénéficier à l'hôpital alors que c'est la MSP qui a amélioré ces soins. Pour des raisons similaires, il est également intuitif qu'un système de santé de mauvaise qualité va coûter plus que nécessaire, du fait d'hospitalisations supplémentaires ou d'effets indésirables évitables.

Parfois, cette nécessité de devoir justifier ses actions auprès d'une instance supérieure pouvait être perçue comme une charge administrative inutile en invoquant que la CPAM et l'ARS possèdent déjà de nombreuses données sur le fonctionnement des MSP :

*“Ce qui me gêne plus maintenant au fil de l'usage, c'est ce système tacite officieux qui s'est mis en place de « on donne mais contraintes » donc on impose des contraintes à des professionnels libéraux moyennant des aides, des rémunérations, mais qui ne sont pas forcément à la hauteur de l'implication des libéraux dans le système. Donc je trouve que c'est un peu absurde.” (C7)*

### **Limites de l'étude**

Cette étude présente principalement deux biais :

- Biais de sélection : d'une part par le faible nombre de MSP incluses par rapport au nombre de MSP éligibles pour l'étude (10 MSP incluses pour 26 éligibles, comme indiqué sur le flow-chart dans la partie “Résultats”) et d'autre part par le choix d'avoir exclu les MSP fondées après 2020.
- Biais d'interprétation : inhérent à toute thèse qualitative par entretiens.

Par ailleurs, les coordinateurs interrogés connaissaient la profession de l'investigateur (interne de médecine générale), ce qui a pu influencer leurs réponses. Par contre, le thème précis de l'étude leur était caché jusqu'à la réalisation de l'entretien pour ne pas fausser les résultats concernant leurs connaissances sur la démarche qualité.

### **Proposition d'un outil d'aide à la mise en place**

Suite aux données recueillies durant les entretiens, un des objectifs secondaires de l'étude est de produire un outil d'aide à la mise en place de la démarche qualité en MSP.

Il n'existe pas vraiment dans la littérature de guide méthodologique concernant la création de fiches d'informations à destination des professionnels de santé. En effet, la plupart des études portent plutôt sur les bonnes pratiques pour concevoir une fiche Infos Patients (22) (23). On peut quand même en garder les grandes lignes directrices qui semblent applicables à tout écrit d'information.

Dans un premier temps, il est préférable d'impliquer la population cible le plus tôt possible dans le processus de création de l'outil. L'intérêt est de mieux comprendre les besoins de la population. Dans cette étude, cette étape correspond à la réalisation des entretiens semi-dirigés.

Lors de la création de l'outil lui-même, il faut se focaliser sur des informations utiles et pertinentes. Il est indispensable de s'adapter au niveau de littératie et de numératie de la population concernée. C'est ici que les différences se font le plus ressentir entre les patients et les coordinateurs. En effet, dans l'outil proposé, l'utilisation de mots complexes et spécifiques sera possible car la population visée est déjà sensibilisée au sujet.

Cette thèse étant basée sur des entretiens avec des professionnels, il faudra insister sur le fait que l'information délivrée ne doit pas être prise comme une vérité absolue, mais plutôt comme des pistes de réflexions avant de se lancer dans une démarche qualité.

Vous pouvez retrouver cette fiche d'infographie d'aide à la mise en place de la démarche qualité en maison de santé en Annexe 5.

# CONCLUSION

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures de soins de premiers recours ayant été créées pour répondre aux enjeux actuels des soins ambulatoires en France et notamment à la prise en charge des maladies chroniques (à prévalence croissante) avec une baisse de la démographie médicale. Les MSP sont rémunérées selon un système de points (obligatoires ou optionnels) au travers de l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) qui valorise la quantité et la qualité des soins proposés. Depuis 2022, la démarche qualité a été incluse au sein de l'ACI en tant que critère optionnel.

La démarche qualité consiste en un ensemble de procédures ayant pour objectif une amélioration continue des soins. Les spécificités de la démarche qualité en maison de santé sont l'absence de certification par une instance supérieure et la possibilité d'aborder des thèmes divers selon les besoins et les envies de la MSP.

L'objectif de cette thèse (qualitative, via des entretiens semi-dirigés) était d'analyser comment et par quels moyens les coordinateurs de MSP mettaient en place cette démarche qualité au sein de leur structure.

Les coordinateurs se sont globalement bien appropriés ce sujet, d'autant que certaines MSP avaient déjà entamé cette démarche avant même l'arrivée de cet item dans l'ACI.

Les modalités de mise en place varient surtout en fonction des caractéristiques de la MSP (ancienneté, nombre de professionnels, mono ou multisite...) et des relations qui existent entre les professionnels.

Au cours des dix entretiens, deux méthodes principales de mise en place sont ressorties :

- Une réunion en présentiel avec l'ensemble des professionnels afin de faire émerger un projet commun. Un des intérêts attendu de cette méthode est de permettre à l'ensemble des professionnels de se sentir investis dans la démarche qualité, ce qui la rendrait également plus pérenne.
- Un recueil de données anonymisé de l'ensemble des professionnels (avec un questionnaire, par exemple) afin de permettre à chacun de s'exprimer. Cette technique semble préférentiellement développée dans les MSP où il peut exister des difficultés relationnelles.

Certains freins à la démarche qualité ont également émergé lors des entretiens. Parmi eux, l'absence de temps à consacrer à cette démarche, la réticence de certains professionnels (souvent liée à de mauvaises expériences sur des démarches qualités en milieu hospitalier, dans l'industrie) ou encore la difficulté à utiliser et/ou la méconnaissance des outils existants (comme la matrice de maturité).

Les principales informations recueillies lors des entretiens peuvent être retrouvées dans la fiche "Démarche qualité en maison en santé", disponible en Annexe 5.

Les études francophones sur ce sujet restent rares. Il serait intéressant d'avoir une analyse quantitative à grande échelle afin de pouvoir confirmer ou infirmer les informations recueillies auprès des coordinateurs lors de cette thèse. Une autre piste pourrait être d'évaluer l'impact que pourrait avoir la fiche d'infographie créée, afin de savoir si elle répond aux attentes des coordinateurs et s'il existe des pistes d'améliorations possibles.

Enfin, une autre approche peut consister à interroger les MSP dans plusieurs années sur les démarches qualités déjà mises en place afin d'évaluer quels peuvent être les facteurs favorisant la pérennité de ces démarches, maillon indispensable dans une procédure d'amélioration **continue** des soins.

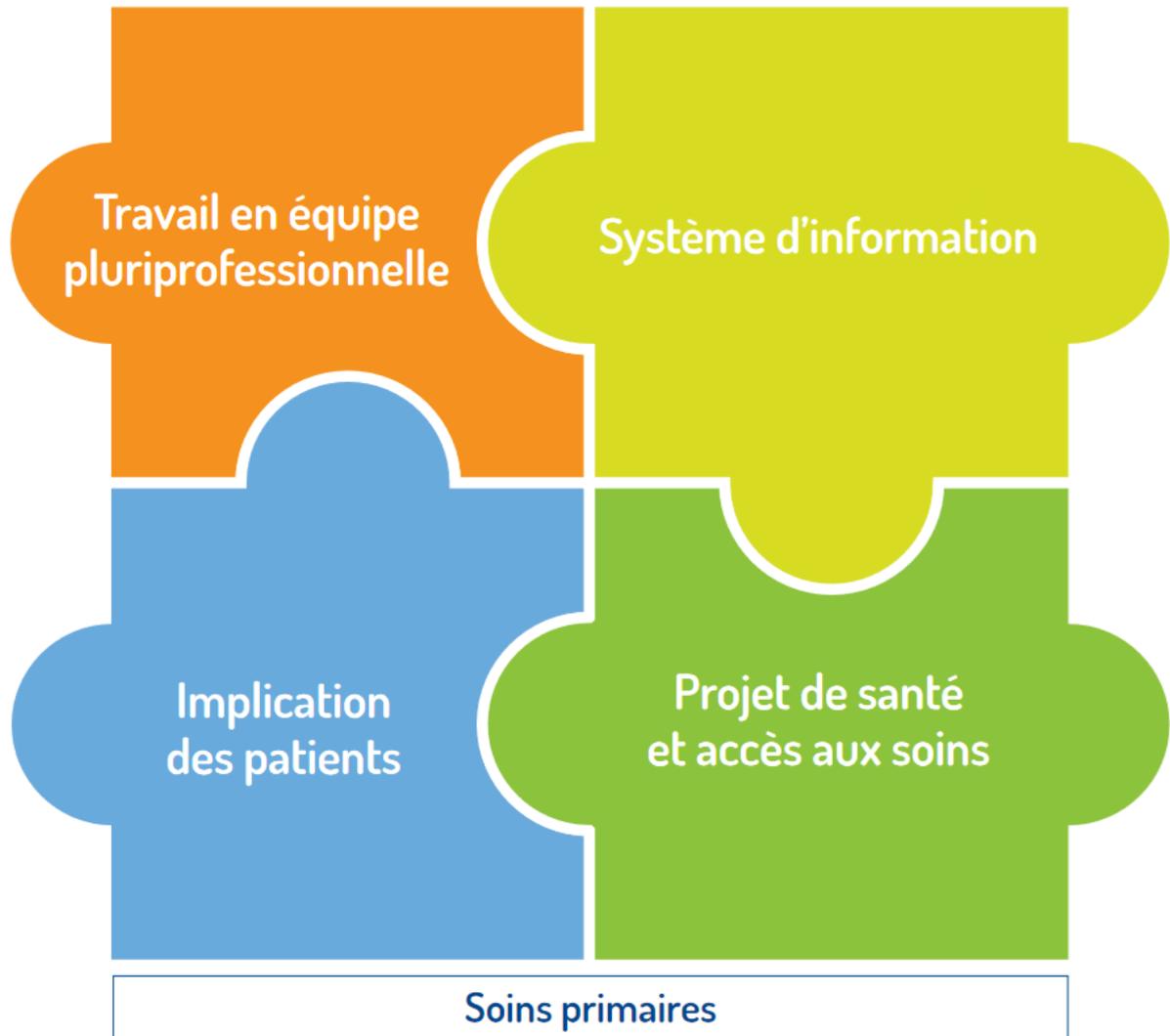
# BIBLIOGRAPHIE

1. Roucayrol AM. Management de la qualité en établissement de santé. La Pensée. 2015;381(1):91-102.
2. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006698032/1996-04-25/#LEGIARTI000006698032>
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins)
4. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Rev Fr Adm Publique. 2017;164(4):887-902.
5. Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>
6. Haute Autorité de Santé [Internet]. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel)
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 D'Épidémiologie Santé Publique. 1 févr 2017;65(1):61-9.
8. Jeanney M, Piauly M. Conception et validation d'un outil d'évaluation de l'organisation des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires en France.
9. O'Neill SM, Hempel S, Lim YW, Danz MS, Foy R, Suttorp MJ, et al. Identifying continuous quality improvement publications: what makes an improvement intervention 'CQI'? BMJ Qual Saf. 1 déc 2011;20(12):1011-9.
10. Schierhout G, Hains J, Si D, Kennedy C, Cox R, Kwedza R, et al. Evaluating the effectiveness of a multifaceted, multilevel continuous quality improvement program in primary health care: developing a realist theory of change. Implement Sci. 8 oct 2013;8(1):119.
11. Gardner K, Sibthorpe B, Chan M, Sargent G, Dowden M, McAullay D. Implementation of continuous quality improvement in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care in Australia: a scoping systematic review. BMC Health Serv Res. 11 juill 2018;18(1):541.
12. Brennan SE, Bosch M, Buchan H, Green SE. Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments. Implement Sci IS. 17 déc 2012;7(1):121.

13. Cunningham FC, Ferguson-Hill S, Matthews V, Bailie R. Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 18 oct 2016;16:583.
14. Young RA, Nelson MJ, Castellon RE, Martin CM. Improving quality in a complex primary care system-An example of refugee care and literature review. *J Eval Clin Pract.* oct 2021;27(5):1018-26.
15. Does improving quality save money? - The Health Foundation [Internet]. Disponible sur: <https://www.health.org.uk/publications/does-improving-quality-save-money>
16. Gérard C. Échanges pluriprofessionnels centrés patients dans une maison de santé pluriprofessionnelle [Internet] [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2019. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007446/2019MCEM10543/fichier/10543F.pdf>
17. Champagne C. Démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle: recueil et analyse des EIAS [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2017. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2017\\_CHAMPAGNE\\_CAROLINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2017_CHAMPAGNE_CAROLINE.pdf)
18. Alberti C, Renaudin-Trapet J, Pellet F. La Cible: outil de communication et de suivi intégrant les priorités du patient : mise en pratique en soins primaires, dans un programme de réhabilitation à l'effort destiné à des patients atteints de maladie(s) chronique(s) [Internet]. Lyon. 2018. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6mk6bvs>
19. Une rémunération en hausse pour des maisons de santé pluri-professionnelles en plein développement [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/presse/2019-05-14-cp-remuneration-conventionnelle-mspp>
20. Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. Ouvrage Irdes [Internet]. 1 juin 2022. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2022/ouvrage-008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.html>
21. Dupasquier Q. Création d'un outil d'appui à la démarche qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). 28 mars 2024;91.
22. How to prepare and present evidence-based information for consumers of health services: A Literature review (1999).
23. Haute Autorité de Santé [Internet]. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante)

# ANNEXES

## Annexe 1a - Matrice de maturité de la HAS



## Annexe 1b - Exemple d'auto-évaluation par la matrice de maturité

### Travail en équipe pluriprofessionnelle

#### ► Réunion de concertation pluriprofessionnelle



#### Justification

Les réunions de concertation pluriprofessionnelles sont organisées autour de trois objectifs :

- prendre une décision pour gérer une situation complexe présentée par un patient ;
- rechercher la cause d'un événement indésirable ;
- et définir a priori les modalités de prise en charge optimale d'une catégorie de patients.

Elles peuvent déboucher sur un plan personnalisé de santé, sur des mesures de sécurisation des soins ou encore un protocole pluriprofessionnel.

Au-delà de ces objectifs, elles contribuent puissamment à développer une culture pluriprofessionnelle (reconnaissance mutuelle, relations de confiance...) qui sera le ciment de l'équipe.

Même si beaucoup d'équipes organisent spontanément de telles réunions, il est nécessaire de les structurer autour de quelques principes (regard croisé, référence aux données de la littérature, suivi des décisions) sans quoi elles risquent de ne pas être efficaces et, par conséquent, d'être abandonnées.

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluripro (protocoles pluripro...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un suivi des décisions est organisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au ..... /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunions de concertation pluriprofessionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 2 - Démarche qualité dans l'ACI

Optionnel	Démarche qualité	<p>Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée à chaque niveau par l'ensemble de l'équipe.</p> <p><b>Niveau 1: le diagnostic de maturité</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe,</li><li>• Identifier une action d'amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d'amélioration :<ul style="list-style-type: none"><li>• continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d'une sortie d'hospitalisation, ...)</li><li>• situations médico-sociales (approches populationnelles)</li><li>• collaboration et coordination pluriprofessionnelles autour de certains patients complexes nécessitant plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné...), de situations à risque comme la sortie immédiate d'hospitalisation,....</li><li>• délégation et coordination pluriprofessionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,...)</li><li>• accès aux soins (ex : plages d'horaires d'ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, ...)</li></ul></li></ul>
-----------	------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• actions de prévention en l'absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,...) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique).</li> </ul> <p><b>Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• définir les points à améliorer et le plan d'actions à mettre en œuvre,</li> <li>• déployer le plan d'action</li> </ul> <p><b>Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place,</li> <li>• Etablir si l'objectif est atteint ou si un nouveau plan d'actions doit être mis en place</li> </ul>
--	--	--

## **Annexe 3 - Guide d'entretien**

### **Introduction**

**Question 1 (ouverte) :** Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

*Relances : Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans une MSP ? Quel est votre parcours professionnel avant ce poste ?*

**Question 2 (ouverte) :** Pouvez-vous décrire brièvement votre maison de santé ?

*Relances : Combien regroupe-t-elle de professionnels ? Quelles professions sont représentées ? Quand votre maison de santé a-t-elle été fondée ? Comment les professionnels coordonnent-ils leur pratique au sein de votre maison de santé ?*

### **Démarche qualité en théorie**

**Question 3 (fermée) :** Connaissez vous le principe de la démarche qualité ?

*Rappel de la définition (quelque soit la réponse) : La démarche qualité est un ensemble de procédures visant à améliorer la qualité des soins de manière continue. Cette démarche est déjà ancrée dans le fonctionnement des établissements de santé et participe à leur certification. Elle est apparue récemment dans l'ACI en tant que critère optionnel par l'avenant n°1 en Décembre 2022. Elle consiste dans un premier temps en une auto-évaluation du fonctionnement de la MSP (phase de diagnostic) afin de déterminer un objectif d'amélioration et les actions à mettre en place (phase de planification). Les différentes actions mises en place seront alors évaluées à intervalles réguliers pour savoir si les objectifs ont été atteints ou si le plan d'action nécessite des ajustements, tout cela dans une démarche d'amélioration continue.*

*Avez-vous bien compris ces 3 phases ? + Nouvelle explication avec reformulation si besoin*

*Relances : Avez-vous déjà mis en place une démarche qualité ou envisagé de la mettre en place dans votre MSP ? Si oui, quand ? Si non, avez-vous déjà mis en place un système d'amélioration des soins similaire ?*

**Question 4 (ouverte)** : Selon vous, dans quel(s) domaine(s) la démarche qualité serait-elle la plus pertinente ? Pourquoi ?

*Montrer les grands domaines d'application de la démarche qualité à l'aide de la matrice de maturité de la HAS : Travail en équipe pluriprofessionnelle, Système d'information, Projet de santé et accès aux soins, Implication des patients.*

*Relances :*

*Possibilité de détailler les sous catégories si besoin :*

- *Travail en équipe pluriprofessionnelle :*
  - *Réunion de concertation pluriprofessionnelle*
  - *Protocoles pluri-professionnels*
  - *Coordination avec les acteurs du territoire*
  - *Dynamique d'équipe*
- *Système d'information :*
  - *Partage de données*
  - *Gestion des données cliniques*
  - *Analyse des pratiques*
- *Projet de santé et accès aux soins :*
  - *Projet de santé de l'équipe*
  - *Accès aux soins*
  - *Continuité des soins*
  - *Gestion du projet de santé de l'équipe*
- *Implication des patients :*
  - *Information des patients*
  - *Education thérapeutique*
  - *Plan personnalisé de santé*
  - *Prise en compte de l'expérience des patients*
  - *Soutien aux aidants*

*Ces grands domaines d'applications vous semblent-ils adaptés à vos problématiques de soins de premier recours ?*

*Envisagez-vous plutôt une démarche qualité centrée sur les soins apportés au patient ou sur les besoins des professionnels ?*

## Démarche qualité en pratique

**Question 5 (ouverte)** : Selon vous, quelle serait la méthode pour mettre en œuvre une démarche qualité au sein de votre MSP ?

*Relances* : Comment envisagez-vous d'organiser la première phase d'auto-évaluation ?

*A votre avis, est-il préférable que l'initiative d'une démarche qualité soit commune (par exemple, par le biais d'une réunion de tous les professionnels pour faire ressortir les besoins d'amélioration) ou qu'un professionnel présente un projet de sa propre initiative aux autres membres de la MSP ? Pourquoi ?*

*Si vous avez déjà essayé de mettre en place une démarche qualité, la méthode dont vous parlez est-elle différente de celle que vous avez utilisée ? Si oui, en quoi est-elle différente ?*

**Question 6 (ouverte)** : Quels pourraient être les obstacles, à votre avis, qui empêcheraient la mise en place d'une démarche qualité dans votre MSP ?

[Reformuler avec freins / difficultés à la place d'obstacles si besoin](#)

*Relances* : Avez-vous déjà expérimenté ce type d'obstacles? Quel serait selon vous la phase la plus difficile à mettre en place : l'auto-évaluation initiale, la planification des actions à mettre en place ou la réévaluation de ces actions ? Pourquoi ?

## Annexe 4 - Fiche de recueil de consentement

# INFORMATIONS RELATIVES À LA PARTICIPATION À UNE ÉTUDE

Madame, Monsieur,

Étudiant(e) en Médecine Générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur la mise en place de démarche qualité en maison de santé. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à identifier les domaines d'application et les freins potentiels à sa mise en place.

Afin de vous contacter, j'ai obtenu vos noms et coordonnées auprès de l'ARS sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de notre entretien si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est mon directeur de thèse, le Dr BALEIZAO. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :



par mail à l'adresse [dpo@univ-rouen.fr](mailto:dpo@univ-rouen.fr)



par courrier à l'adresse

Délégué à la protection des données,  
Direction des affaires juridiques et statutaires,  
Université de Rouen Normandie,  
1 rue Thomas Becket,  
76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## **Consentement au traitement de données personnelles**

Je, soussigné(e) (Nom,Prénom) ..... consens au traitement de mes données à caractère personnel par M. LEBRET Erwan, pour la réalisation d'une étude portant sur la mise en place de démarche qualité en maison de santé et entrant dans le cadre de sa formation en Médecine Générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

## **Consentement à l'enregistrement audio.**

J'autorise M. LEBRET Erwan à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

**Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse**

**Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien**

Fait à :

Le :

Signature :

## Annexe 5 - Infographie - "Démarche qualité en maison de santé"

### Démarche qualité en Maison de santé



#### Démarche qualité ?

C'est un ensemble de procédures cherchant une amélioration continue de la qualité des soins

#### Depuis quand ?

Elle est apparue dans l'ACI en 2022 en tant que critère optionnel



#### Faire le bilan

Toute démarche qualité commence par le bilan de la maison de santé. On pourra s'aider de la matrice de maturité de la HAS

#### Axe d'amélioration

Afin d'identifier les besoins des professionnels, il faut mettre en commun leurs idées : soit en réunion présentielle, soit par des questionnaires anonymisés par exemple



#### Réévaluation

Dès la création de la démarche qualité, il faut anticiper les modalités d'évaluation (fréquence, critères...)

Cette fiche d'informations a été créée suite à des entretiens avec des coordinateurs de maisons de santé de Seine Maritime dans le cadre d'une thèse de Médecine générale intitulée : Comment les coordinateurs de Seine-Maritime mettent en place la démarche qualité en 2024 ?

### Démarche qualité : Retour de coordinateurs

#### FORCES

Domaines d'application variés (Travail en équipe pluriprofessionnelle, Système d'information, Implications des patients, Accès aux soins...)

Cadre (pour le moment) très permissif, permettant de s'adapter aux besoins de chaque maison de santé

Certaines maisons de santé font parfois déjà des démarches qualité sans le savoir !

Auto-évaluation seule pour le moment, pas d'objectif de certification par une instance supérieure

Plus facile à mettre en place dans les maisons de santé où la communication entre les professionnels est déjà facilitée (réunions pluriprofessionnelles, etc)

#### FREINS

Comme toute nouvelle procédure, cela demande un investissement en temps supplémentaire

Difficile à mettre en place si les professionnels ne sont pas investis dans la démarche.

Certains professionnels ont pu avoir une mauvaise expérience avec la démarche qualité : pharmacie, hôpital (dont les modalités sont différentes !)

Des disparités au niveau de la pertinence des démarches qualité d'une maison de santé à l'autre

Difficulté à trouver des critères pertinents pour la réévaluation

Cette fiche d'informations a été créée suite à des entretiens avec des coordinateurs de maisons de santé de Seine Maritime dans le cadre d'une thèse de Médecine générale intitulée : Comment les coordinateurs de Seine-Maritime mettent en place la démarche qualité en 2024 ?

# RÉSUMÉ

**Introduction** - La rémunération des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est basée sur un système de points au travers de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) reflétant la quantité et la qualité des soins prodigués. Depuis 2022, la démarche qualité est apparue en tant que critère optionnel dans l'ACI. Elle consiste en un ensemble de procédures ayant pour objectif une amélioration continue des soins. Dans cette étude, des coordinateurs ont été interrogés sur leur manière de la mettre en place au sein de leur MSP.

**Matériels et méthodes** - Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de coordinateurs de MSP de Seine-Maritime, fondées avant 2020. L'analyse des données a été effectuée selon une méthode inductive.

**Résultats** - Neuf coordinateurs ont été interrogés concernant dix MSP. La majorité des coordinateurs connaissait le principe de la démarche qualité. Les démarches qualité déjà mises en place ou en cours de mise en place par les MSP concernaient l'ensemble des thèmes de la matrice de maturité de la HAS : travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, implication des patients et accès aux soins. Les méthodes de mise en place se regroupent en deux groupes : soit une réunion en présentiel avec l'ensemble des professionnels pour faire émerger un projet commun, soit un recueil de données anonymisé pour permettre l'expression de chaque professionnel malgré les difficultés de communication qui peuvent exister. Les freins à sa mise en place évoqués par les coordinateurs étaient la charge de travail supplémentaire, la réticence de certains professionnels et la difficulté à utiliser les outils proposés comme la matrice de maturité de la HAS.

**Discussion** - La mise en place de démarche qualité en maison de santé a précédé son inclusion dans l'ACI. Les modalités de mise en place varient en fonction des caractéristiques des MSP et des relations entre les professionnels. Une fiche récapitulant l'ensemble des informations principales recueillies dans cette étude est proposée afin d'aider les coordinateurs dans leur démarche. Ces résultats pourraient être complétés par une étude qualitative à plus grande échelle pour valider ou non ces informations. Une autre étude, dans plusieurs années, afin de déterminer les facteurs favorisant la pérennité de ces démarches pourrait être intéressante.

**Mots clés** : maison de santé pluriprofessionnelle ; MSP ; démarche qualité ; coordinateur