

ANNEE 2010 - N° 10 – 017

**Contribution à une démarche de
développement de la qualité des soins en Maison
de Santé Pluridisciplinaire : étude qualitative au
moyen d'indicateurs organisationnels et
structurels**

*A partir de l'European Practice Assessment, du Quality and Outcomes
Framework et de l'étude IRDES « Evaluation exploratoire Maisons de
Santé Pluridisciplinaires, 2008-2009 »*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le 8 juin 2010
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Vincent GRIFFOND

Né le 18 juillet 1981 à Lons-le-Saunier (Jura)

La composition du jury est la suivante :

Président :	D. WENDLING	Professeur
Directeur de la thèse :	M. BOTEVOL	Docteur en médecine
Juges :	J.F VIEL	Professeur
	J-P GAUME	Professeur associé
	P VUATTOUX	Docteur en médecine

ANNEE 2010 - N° 10 – 017

**Contribution à une démarche de
développement de la qualité des soins en Maison
de Santé Pluridisciplinaire : étude qualitative au
moyen d'indicateurs organisationnels et
structurels**

*A partir de l'European Practice Assessment, du Quality and Outcomes
Framework et de l'étude IRDES « Evaluation exploratoire Maisons de
Santé Pluridisciplinaires, 2008-2009 »*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le 8 juin 2010
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Vincent GRIFFOND

Né le 18 juillet 1981 à Lons-le-Saunier (Jura)

La composition du jury est la suivante :

Président :	D. WENDLING	Professeur
Directeur de la thèse :	M. BOTEVOL	Docteur en médecine
Juges :	J.F VIEL	Professeur
	J-P GAUME	Professeur associé
	P VUATTOUX	Docteur en médecine

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.FR. DES SCIENCES MÉDICALES & PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON

DIRECTEUR

Professeur Emmanuel SAMAIN

ASSESSEURS MÉDECINE

Professeur Bernard **PARRATTE**
Professeur Gilles **CAPELLIER**
Professeur Dominique **FELLMANN**
Professeur Virginie **WESTEEL**

ASSESSEURS PHARMACIE

Professeur Marie-Christine **WORONOFF-LEMSI**
Docteur Frédéric **MUYARD**

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Mlle Aurélie **JOLIBOIS**

MÉDECINE

PROFESSEURS

M.	Hubert	ALLEMAND	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Didier	AUBERT	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jean-Pierre	BASSAND	CARDIOLOGIE
Mme	Yvette	BERNARD	CARDIOLOGIE
M.	Hugues	BITTARD	UROLOGIE
M.	Paul	BIZOUARD	PÉDOPSYCHIATRIE
Mme	Annie	BOILLOT	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	Jean-François	BONNEVILLE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Jean-François	BOSSET	RADIOTHÉRAPIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gabriel	CAMELOT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	RÉANIMATION MÉDICALE
M.	Jean-Marc	CHALOPIN	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Claude	CHOBOUT	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Joël	COMBE	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Jean-Charles	DALPHIN	PNEUMOLOGIE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE

M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M	François	DUMEL	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Joseph	ETIEVENT	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Jean-Pierre	GAUME	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Bruno	HOEN	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Philippe	HUMBERT	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Bernadette	KANTELIP	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Jean-Pierre	KANTELIP	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Bruno	KASTLER	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Dominique	LAMARQUE	GASTRO-ENTÉROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MÉDECINE INTERNE
M.	Robert	MAILLET	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Jacques	MASSOL	THÉRAPEUTIQUE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Alain	MENGET	PÉDIATRIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Michel	MONTARD	OPHTALMOLOGIE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mlle	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Alfred	PENFORNIS	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
M.	Xavier	PIVOT	CANCÉROLOGIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Jacques	REGNARD	PHYSIOLOGIE
M.	Bernard	RICBOURG	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
M	Didier	RIETHMULLER	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M	Pierre	ROHRlich	PÉDIATRIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Lucien	RUMBACH	NEUROLOGIE
M.	Yves	SAINT-HILLIER	NÉPHROLOGIE
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE

M.	Yves	TROPET	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Jean-François	VIEL	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

Mme Dominique Angèle **VUITTON**

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Clotilde	AMIOT	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Rémi	BARDET	MÉDECINE GÉNÉRALE (MC associé)
Mme	Martine	BENEDINI	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mme	Véronique	BONNIAUD	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
M.	Benoît	CYPRIANI	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Alain	DEVEVEY	PSYCHOLOGIE
M.	Didier	HOCQUET	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Christian	MOUSSARD	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Uyen	NGUYEN NHU	PHYSIOLOGIE
M	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme	Evelyne	RACADOT	HÉMATOLOGIE
Mme	Elisabeth	RANFAING	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Daniel	TALON	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Isabelle	THAON	MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
M.	Jean-Pierre	WOLF	PHYSIOLOGIE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Michel	BAUD	BIOPHYSIQUE ET INFORMATIQUE
M. Alain	BERTHELOT	PHYSIOLOGIE
M. Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme Françoise	BEVALOT	PHARMACOGNOSIE
Mme Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
M. Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M. Alf	LAMPRECHT	GALÉNIQUE
M. Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M. Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE (BACTÉRIOLOGIE)
Mme Mariette	MERCIER	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme Lysiane	RICHERT	TOXICOLOGIE
M. Bernard	REFOUVELET	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINÉRALE
M. Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme Estelle	SEILLES	IMMUNOLOGIE (VIROLOGIE)
Mme Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFÉRENCES

M. Arnaud	BEDUNEAU	GALÉNIQUE
M.. Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M. Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
M. Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M. Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE ET INFORMATIQUE
Mlle Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme Corinne	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M. Lhassanne	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
Mme Isabelle	LASCOMBE	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M. Jean-Louis	MOZER	BIOCHIMIE
M. Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
Mme Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
M. Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M. Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme Marianne	SANDOZ	PHARMACODYNAMIE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DU SECOND DEGRÉ, PROFESSEURS ASSOCIÉS A TEMPS PARTIEL

M. Patrice	BLÉMONT	DRIT
MME Sandra	CHAVIN	ANGLAIS
MME Frédérique	ROUSSEY	ANGLAIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Daniel WENDLING

Professeur de rhumatologie.

Nous vous sommes reconnaissants de juger notre travail et sommes touchés de l'immense honneur que vous nous faites d'accepter d'être notre président de thèse.

Vous avez toujours été d'une grande disponibilité et très impliqué dans notre formation en tant qu'externe puis interne du service.

Nous espérons avoir reçu votre enseignement et développé nos compétences cliniques grâce à vos conseils.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean-François VIEL

Professeur de Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologie de Communication.

Nous vous remercions beaucoup de l'honneur que vous nous faites de juger notre travail.

Nous avons apprécié votre disponibilité et votre dévouement.

Soyez assuré de notre respect et de toute notre gratitude.

A notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Gaume

Professeur de Médecine Générale.

Vous avez suivi nos pas lors de notre internat de médecine générale, et jugé notre travail de DES.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Martial Botebol,

Docteur en Médecine.

Vous nous avez proposé de travailler sur ce sujet, et en avez accepté la direction.
Vous avez toujours été disponible et à l'écoute, afin de faire évoluer ce projet.
Votre patience et votre sympathie nous ont portés jusqu'à aujourd'hui.

Trouvez ici l'expression de nos plus chaleureux remerciements, et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Vuattoux,

Docteur en Médecine.

Vos conseils nous ont permis de construire notre travail et de rencontrer les personnes dont l'aide fut précieuse.
Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'accepter de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

Tous mes remerciements

Aux professionnels des Maisons de Santé pluridisciplinaires, et notamment aux secrétaires d'accueil et médecins référents qui ont accepté de nous recevoir lors de nos visites, et d'accepter ces contraintes.

Aux chercheurs de l'IRDES, notamment Yann Bourgueil et Julien Mousquès, qui ont accepté de nous associer à leur enquête, nous ont laissé accès à leurs données, et dont les conseils bibliographiques nous ont permis de mener ce projet à terme.

A Marie-Caroline Clément, qui nous a transmis de nombreuses données en rapport avec cette étude.

A la FEMASAC et la Fédération Bourguignonne des maisons de santé et Pôles de soins, pour leur soutien à ce projet.

A Emilie Bernard, depuis son domicile gallois, pour son aide dans la validation de notre traduction des documents anglais.

A Emilie, mon épouse,

Pour ta patience, tes encouragements, et ta douceur qui me portent depuis ces années.
Reçois ici l'expression de mon Amour.
Merci d'avoir porté pour nous le plus beau cadeau, après tant de doutes.

A Jules,

Dont les premiers grognements égaient la fin de ce travail !

A mes Parents,

Je vous dois tout.
A Maman, pour les heures passées à me rassurer.
A Papa, pour les heures passées à m'encourager.
Recevez ici mes tendres remerciements, et ma reconnaissance éternelle.

A ma sœur,

Pour ton courage et ta force de caractère, qui restent un exemple pour moi.

A Emma et Jean,

Pour votre sincère attention et votre soutien, je vous suis reconnaissant.

Et toute ma famille.

A ma belle famille,

Pour votre accueil, votre soutien, et votre bonne humeur.

A mes amis,

Aux Lédoniens, amis depuis (presque) toujours.
A ceux de la faculté, parmi lesquels Guillaume, témoin et compagnon de ces années.

A Clochette.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, 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 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 sont 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 !

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	p 25
A <u>CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE</u>	p 29
A.1 ENJEUX DE L'ACCES AUX SOINS : EVOLUTION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS.	p 29
A.2 L'EXERCICE MEDICAL REGROUPE EN MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE.	p 57
A.3 PROMOTION DE LA QUALITE DANS LE CONTEXTE DES SOINS PRIMAIRES.	p 67
A.4 PROBLEMATIQUE DEGAGEE ET OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE.	p 87
B <u>MATERIEL ET METHODES</u>	p 89
B.1 METHODE D'ELABORATION DE NOTRE GRILLE D'ANALYSE	p 89
B.2 INCLUSION DES MSP ET ECHANTILLONNAGE	p 100
B.3 RECUEIL DES DONNEES	p 101
B.4 ANALYSE DESCRIPTIVE DES MSP, D'APRES LES DONNEES IRDES	p 103
B.5 ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE TRAVAIL	p 108
C <u>RESULTATS</u>	p 111
C.1 RETOUR DES QUESTIONNAIRES ET VALIDATION DES INDICATEURS QUALITE	p 111
C.2 DOMAINE « INFRASTRUCTURE »	p 112
C.3 DOMAINE « INFORMATIONS ET DONNEES »	p 122
C.4 DOMAINE « QUALITE ET SECURITE »	p 131
C.5 SYNTHESE DES RESULTATS	p 137
D <u>DISCUSSION</u>	p 139
D.1 DES RESULTATS	p 139
D.2 LIMITES DE NOTRE TRAVAIL	p 165
D.3 ATOUTS ET PERSPECTIVES	p 177
<u>CONCLUSION</u>	p 185

ABREVIATIONS UTILISEES

CAPI :	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CNAMTS :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DPC :	Développement Professionnel Continu
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPA :	European Practice Assessment
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EQUIP :	European Association for Quality in General Practice/Family Medicine
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAQVS :	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FeMaSaC :	Fédération des Maisons de Santé Comtoises
FIQCS :	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de ville
FMC :	Formation Médicale Continue
GMF :	Groupes de Médecine de Famille
GMS :	General Medical Services
HAS :	Haute Autorité de la Santé
IDE :	Infirmières Diplômées d'Etat
IGF :	Inspection Générale des Finances
IOM :	Institute Of Medicine.
IQ :	Indicateurs Qualité
IRDES :	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
KcE :	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MeSH :	Medical Subject Heading
MEP :	Mode d'Exercice Particulier
MG :	Médecins généralistes
MRS :	Missions Régionales de Santé
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
MSP :	Maisons de santé pluridisciplinaires
NHS :	National Health Services
NPCRDC :	National Primary Care Research and Development Centre
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS :	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
QOF :	Quality and Outcomes Framework
RACGP :	Royal Australian College of General Practitioners
RCGP :	Royal College of General Practitioners
RPPS :	Répertoire Partagé pour les Professionnels de Santé
SCI :	Société Civile Immobilière
SDF :	Société de Faits
SCM :	Société Civile de Moyens
SCP :	Société Civile Professionnelle
SFMG :	Société Française de Médecine Générale
SEL :	Société d'Exercice Libéral
TVA :	Taxe sur la Valeur Ajoutée
URCAM :	Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML :	Unions Régionales des Médecins Libéraux
ZEAT :	Zone économique d'aménagement du territoire
WOK :	Centre for Quality of care research
WONCA :	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians / World organization of family Doctors.

«Good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of good outcome.»

- Donabedian 1988 –

«Une bonne structure augmente la probabilité d'une bonne méthode, et une bonne méthode augmente la probabilité d'un bon résultat.»

INTRODUCTION

A l'heure où une forte préoccupation se développe autour de la problématique de l'accès aux soins de la population, et alors que la démographie médicale laisse entrevoir dans les années à venir une problématique de l'offre de soins primaires sur notre territoire, une dynamique se crée vers le regroupement des médecins, répondant ainsi aux attentes de certains professionnels de santé et des jeunes médecins généralistes notamment.

Une forme particulière de structure d'exercice de groupe, les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), attire ainsi l'attention du public, des professionnels de santé et des pouvoirs publics. Ce mode d'exercice semble encouragé, afin d'apporter une réponse possible à ces problématiques actuelles de structuration de l'offre de soins primaires, et privilégié dans l'hypothèse d'une amélioration de la qualité et l'efficience des soins.

Nous nous sommes demandé si ce mode d'organisation des soins de médecine générale ne pouvait également profiter et s'inspirer du développement, constaté et encouragé au niveau international, de systèmes d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients.

Définir et évaluer la qualité des soins primaires est une entreprise complexe et en plein essor. Si des indicateurs et des mesures de résultats cliniques des soins primaires (indicateurs de performance, comme par exemple le suivi des indicateurs biologiques de l'équilibre du diabète) sont la plupart du temps privilégiés, il semble également judicieux d'intégrer la démarche dans une approche globale de la qualité, comprenant ainsi les aspects structurels et organisationnels des soins. En effet, selon Grol et al. « Indicators for structural aspects of care provision, for example, the organization and management of care, are less well developed. However, quality indicators for practice management are as important as indicators for clinical care because practice organization has the propensity to diminish or enhance the quality of clinical care » : « Les indicateurs pour les aspects structurels des soins dispensés, par exemple l'organisation et la gestion des soins, sont moins bien développés. Cependant, les indicateurs qualité pour la gestion de l'exercice médical sont aussi importants que les indicateurs de soins, parce que l'organisation de la pratique a la propension à diminuer ou améliorer la qualité des soins. » [1]

Nous resituerons ainsi dans un premier temps le contexte de la démographie médicale et de l'offre de soins en France et plus particulièrement en Franche-Comté et en Bourgogne, dans le domaine des soins primaires, en essayant de mettre en évidence quels défis se profilent afin de garantir une offre de soins adéquate et adaptée.

Nous développerons ensuite la thématique de l'exercice en groupe, et notamment en MSP, en tentant d'en définir le concept, puis de comprendre en quoi il peut correspondre aux attentes des professionnels de santé, mais aussi des pouvoirs publics. Le but de notre travail bibliographique nous amènera enfin à tenter d'inscrire ce mode d'exercice dans une approche du développement de la qualité des soins, définissant la problématique et les objectifs de notre travail personnel.

Nous aborderons alors les données bibliographiques qui nous ont permis d'appréhender le sujet de la qualité des soins, de leur évaluation et leur amélioration, en s'inspirant notamment des expériences développées à l'étranger, particulièrement dans les pays anglo-saxons et aux Pays-Bas, qui « ont développé une stratégie et des outils pour la mise en œuvre d'un système pour la qualité en médecine générale » [2]. Comme l'équipe belge du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KcE), qui a mené en 2007 une étude évaluative dans 43 cabinets médicaux, nous présenterons ensuite dans notre partie méthodologique, l'outil *European Practice Assessment* (EPA), développé par une équipe internationale de chercheurs. Nous utiliserons également les indicateurs du *Quality and outcomes Framework* (QOF) britannique, introduit en 2004 dans le cadre de la réforme majeure du *New General Medical Service Contract*. Ces deux méthodes ont servi de base à notre travail, qui a consisté à mettre au point, à partir de ces indicateurs validés, un outil utilisable dans une démarche de développement de la qualité des soins en maisons de santé pluridisciplinaires.

Notre troisième partie présentera ensuite les résultats de notre approche qualitative et évaluative de neuf MSP franc-comtoises et bourguignonnes, à l'aide de notre outil, en mobilisant et en complétant, dans la perspective d'un traitement secondaire, le matériau collecté à l'occasion d'une enquête d'évaluation des maisons de santé menée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) en 2008 [3] et à laquelle nous avons été associés.

Enfin, notre discussion nous amènera à mettre l'accent sur les points forts que nous aurons pu distinguer, mais aussi et surtout sur les points faibles identifiés par ces indicateurs, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Nous discuterons également la qualité de l'outil lui-même, en proposant des pistes d'amélioration et d'évolution de la liste d'indicateurs.

Finalement, nous ouvrirons notre réflexion, en tentant de replacer cette démarche dans un objectif de structuration de l'offre de soins primaires, et en tentant de faire le lien avec une démarche de labellisation des maisons de santé pluridisciplinaires, en s'inspirant de quelques expériences étrangères en matière de systèmes et politiques qualité.

A **CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE**

A.1 **ENJEUX DE L'ACCES AUX SOINS : EVOLUTION DE L'OFFRE ET DES BESOINS DE SOINS.**

A.1.1 **EVOLUTION NUMERIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DES EFFECTIFS MEDICAUX**

A.1.1.1 **Diminution prévisible des effectifs des médecins, notamment libéraux, dans les années à venir**

Les sources récentes confirment un processus d'augmentation des départs à la retraite, et d'un fort ralentissement de la croissance des effectifs médicaux telle qu'elle était observée dans les années 1980.

L'étude publiée en 2008 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [4] donne des statistiques précises :

Au premier janvier 2008, l'effectif total des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre est de 255 098 dont 215 028 en activité⁴ et 40 070 retraités en France entière.(...) Les années quatre-vingt se singularisent par une forte croissance des effectifs pouvant atteindre +3,2% par an en moyenne..(...) Les effectifs de médecins en activité continuent de croître très légèrement, avec une hausse annuelle de +0,5% en moyenne, tandis que les effectifs des médecins retraités augmentent chaque année de +3,5% en moyenne.

Toujours selon le CNOM (ibid), « l'âge moyen de départ à la retraite des médecins est de 65 ans (respectivement 63 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes). Au 1er janvier 2008, le tableau de l'ordre des médecins enregistre 2 916 départs à la retraite soit 20% de plus qu'au 1er janvier 2007 ».

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2006	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2007	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2008	Variation
Actifs	212 972	213 995	215 028	+0,5%
Retraités	37 433	38 751	40 070	+3,4%
TOTAL	250 405	252 746	255 098	+0,9%

Source : CNOM, 2008

Effectifs totaux de médecins français.

On dénombre au premier janvier 2008, 99029 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre, représentant une diminution de 5.5 % environ depuis le premier janvier 2006.

Les données publiées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) en 2008 [5] vont dans le même sens :

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'ENSEMBLE DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	60 571	60 823	60 949	60 976	60 761	60 832	60 975	0,10%	0,20%
dont APE**	57 618	58 002	58 238	58 260	58 034	58 098	58 183	0,10%	0,10%
% APE	95,10%	95,40%	95,60%	95,50%	95,50%	95,50%	95,40%		

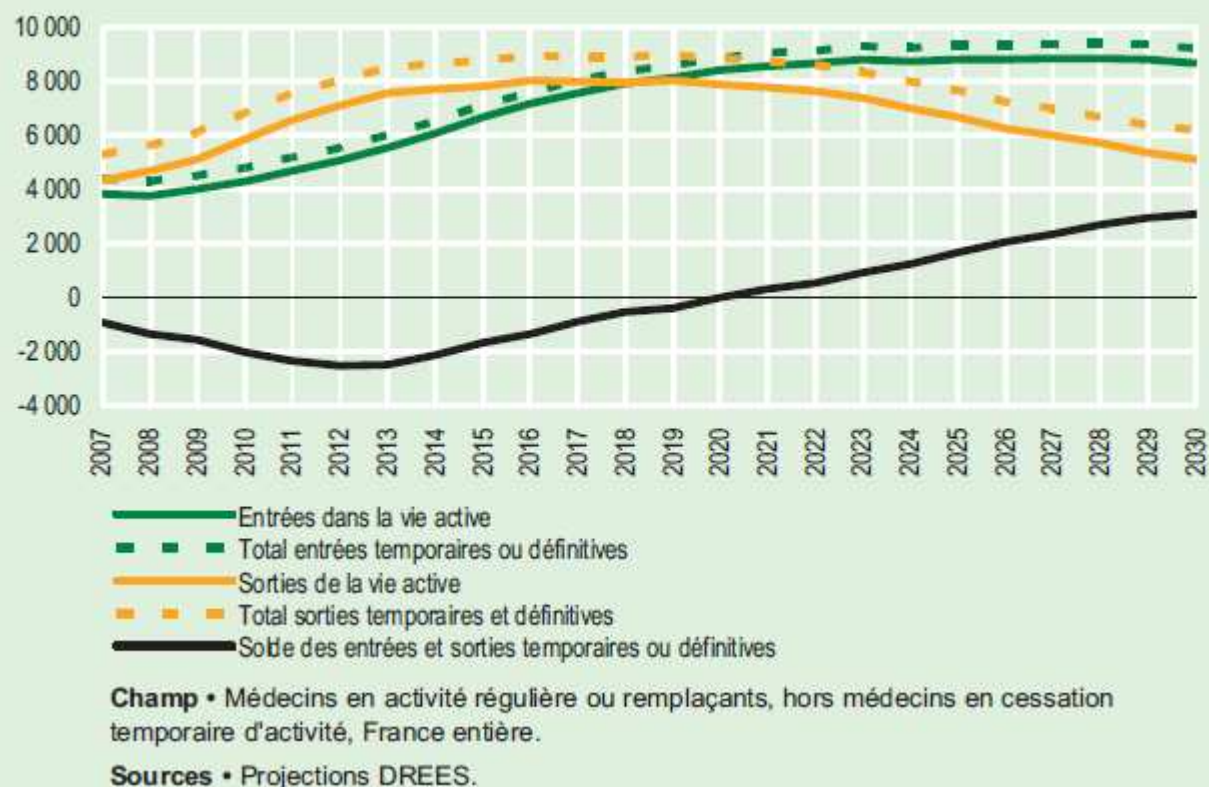
* Taux de croissance annuel moyen. ** APE : actif à part entière : professionnel conventionné, non installé dans l'année, ayant moins de 65 ans et non hospitalier à temps plein. Sources : SNIR-PS.

Source ONDPS 2008

Elles sont issues des fichiers de l'assurance maladie (fichier SNIR-PS), et permettent d'appréhender les effectifs de médecins généralistes libéraux, qui montrent une stabilité entre 1995 et 2005 (+ 0.06%).

L'évolution à moyen terme de la balance des entrées et des sorties est illustrée par ce graphique de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [6], qui montre une situation déficitaire jusqu'à l'horizon 2020. Le solde (entrées – sorties) augmenterait ensuite rapidement pour atteindre 3000 en 2030 (médecins généralistes et spécialistes). Le nombre de médecins généralistes à l'horizon 2030 serait sensiblement le même qu'en 2006 (105 000 contre 104 000, soit une hausse de 0.6 %), tandis que l'effectif des spécialistes aurait subi une diminution de 2.7%.

Nombres d'entrées et de sorties définitives ou temporaires de la vie active d'après le scénario tendanciel



La principale explication à cette situation d'une diminution globale des effectifs médicaux, avancée par les experts, et reprise par Mr Marc Bernier, député, dans son rapport à l'Assemblée Nationale [7], est la gestion du *numerus clausus*, avec une baisse dans les années 1980 et son maintien à un niveau bas dans les années 1990. Le nombre de praticiens formés ne parvient plus, actuellement, à compenser cette hausse prévisible des départs à la retraite.

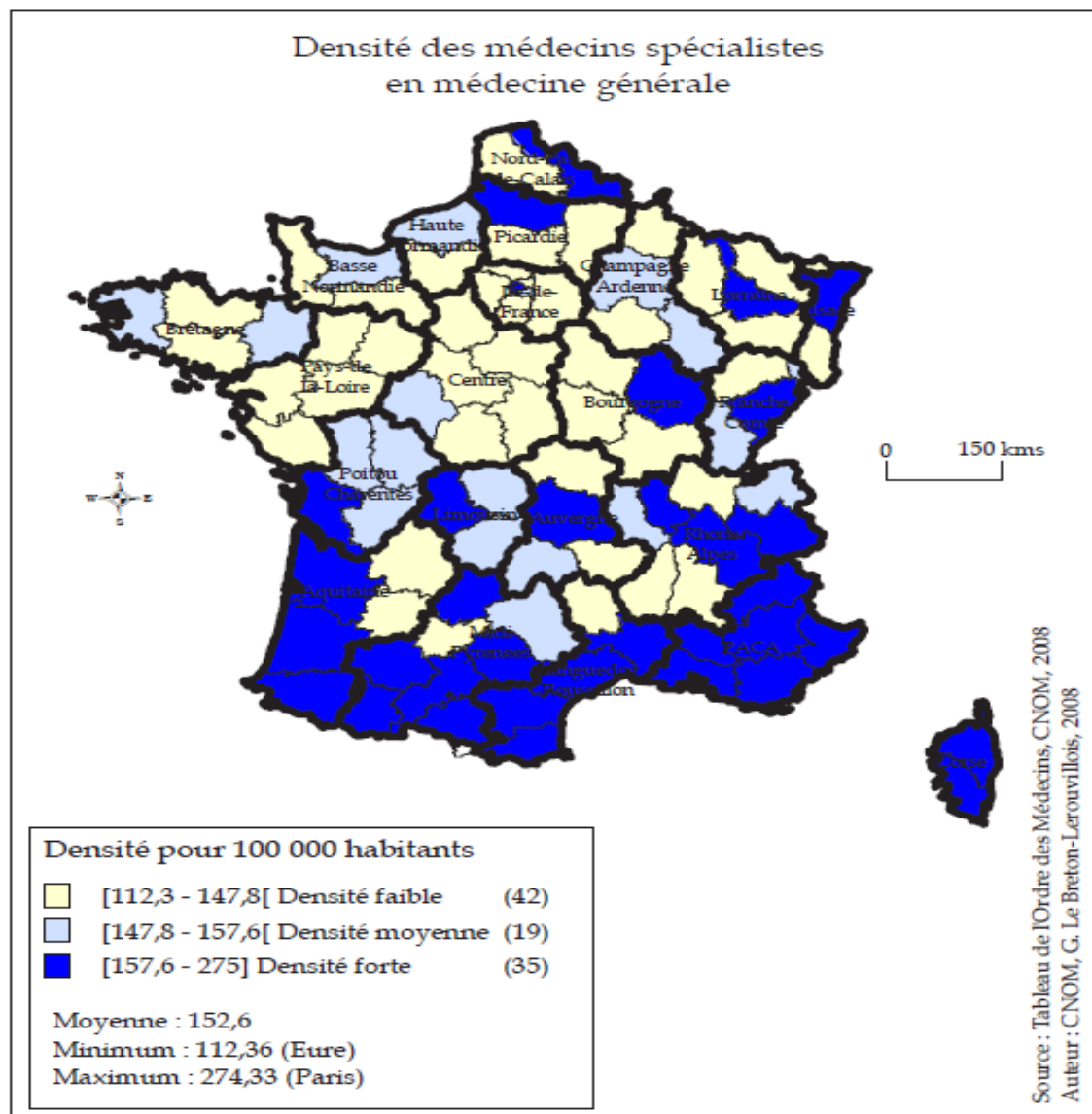
De même, en 2005 Mr le Professeur Berland écrivait dans son rapport « Commission démographie Médicale » [8] que « cette réduction drastique du *Numerus Clausus* explique que le nombre de médecins entrés en activité, à peu près égal au *Numerus Clausus*, avec un décalage d'environ 10 ans, compte tenu de la durée des études médicales, soit actuellement à son niveau le plus bas ».

A.1.1.2 Les estimations de la densité médicale ne permettent qu'une appréciation imparfaite de l'offre de soins et son évolution.

Selon le CNOM [4], « la densité médicale métropolitaine est ainsi passée de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 322 médecins pour 100 000 habitants en 2008 soit une croissance d'environ 56% ».

Cependant, d'après la DREES [6], « le rapport entre le nombre de médecins et la population n'est qu'un indicateur très grossier de l'adéquation entre offre et demande de soins. Il ne tient pas compte notamment de l'évolution des besoins ».

D'après Mr Bernier [7], et comme le souligne le rapport 2007 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, la densité médicale constitue un indicateur «très fruste » de l'offre de soins. Il faut selon lui tenir compte des facteurs que nous détaillons plus loin, et notamment d'une durée de carrière qui a tendance à diminuer.

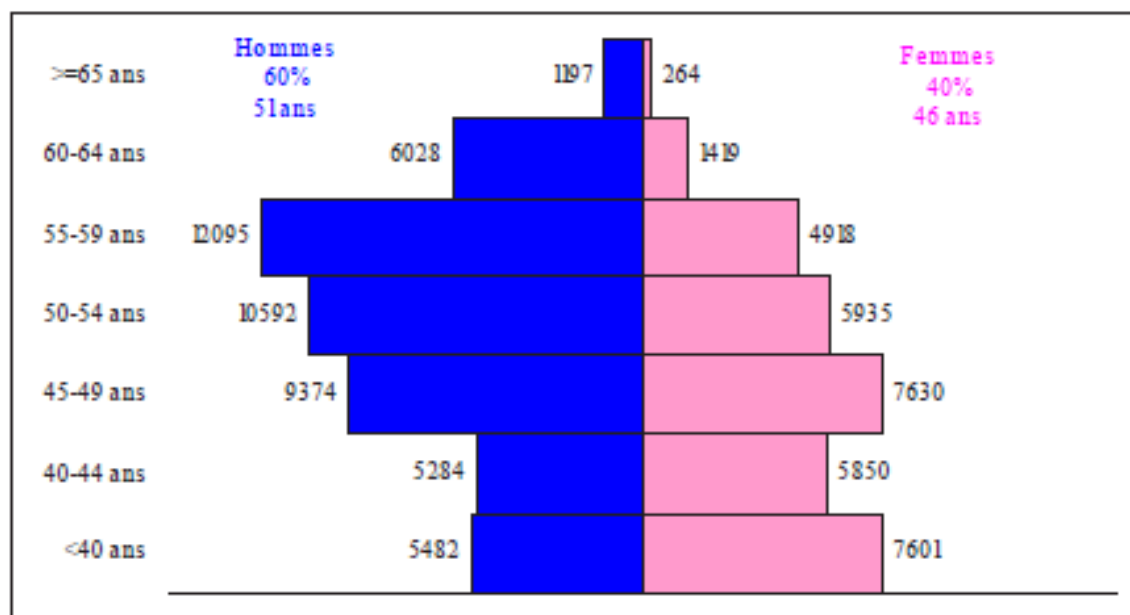


La situation actuelle concernant la densité en médecins généralistes est illustrée par cette carte, et traduit les grandes disparités entre régions et départements, avec des densités globalement supérieures dans le Sud de la France:

La Picardie est la région la moins densément dotée, avec 246 médecins (généralistes et spécialistes) pour 100000 habitants, et la région Provence Alpes Côtes d'Azur la plus densément dotée (385 médecins/ 100000 habitants).

A.1.1.3 Evolution démographique des effectifs médicaux :

Pyramide des âges en médecine générale :



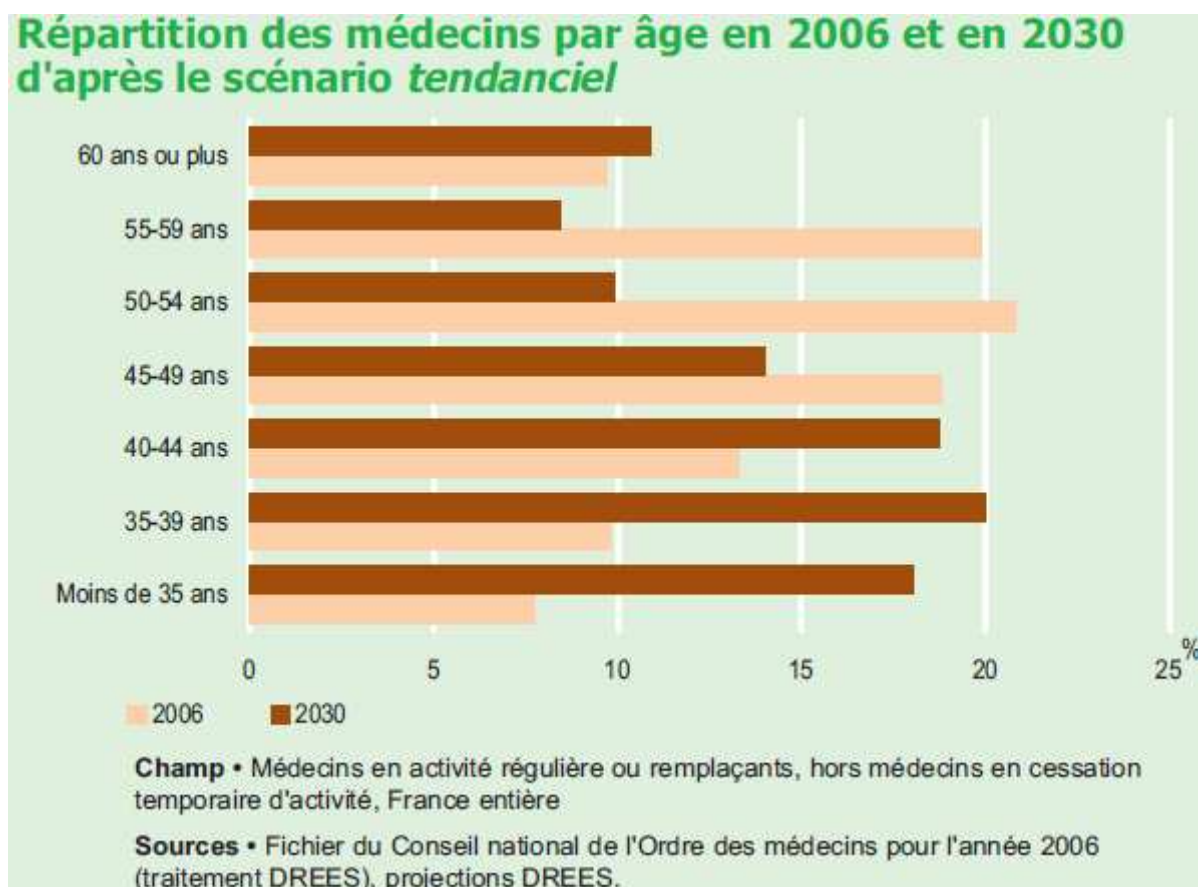
Source CNOM 2008 [4]

A.1.1.3.1 Vieillissement puis rajeunissement à partir de 2020

La pyramide des âges ci-dessus montre une population de médecins généralistes essentiellement masculine (60%), pour lesquels l'âge moyen est de 51 ans, mais dont la structure se féminise (plus de femmes médecins de moins de 40 ans) et traduit globalement un vieillissement.

Cette situation va persister à court terme et, selon les projections de la DREES [7] :

Jusqu'en 2015 environ, la proportion des médecins âgés de 50 à 59 ans resterait importante (de l'ordre de 40 %). Dans le même temps, la part des médecins âgés de 60 ans ou plus augmenterait progressivement, pour dépasser 20 % en 2015. La part des médecins âgés de moins de 45 ans commencerait à croître très nettement en 2020, tandis que celle des plus de 60 ans resterait élevée. À partir de 2025, la population médicale serait majoritairement composée de médecins de moins de 45 ans, après les départs massifs à la retraite des médecins les plus âgés. L'âge moyen des médecins en activité passerait de 48,8 ans en 2006 à 50,2 ans en 2012, puis diminuerait régulièrement jusqu'à 44,5 ans en 2030.



A.1.1.3.2 Une féminisation qui se confirme :

Selon le CNOM [4], « En 2003, pour la première fois, les femmes étaient plus nombreuses (50,3%) que les hommes à s'inscrire à l'Ordre des médecins. Au 31 décembre 2007, on constate que la féminisation de la médecine se confirme et se renforce ».

Selon l'ONDPS [5], « La profession médicale se féminise très rapidement. En 2004, 38 % des médecins étaient des femmes, en 2025, cette proportion sera de 52% ».

D'après Mr le Professeur Berland [8] :

En 2025, selon les projections effectuées en 2004 dans le cadre de l'ONDPS, les femmes représenteraient 52 % des médecins en activité. Or actuellement l'activité des femmes est égale à 70 % de celle des hommes sur une vie professionnelle. Cependant cette activité était égale à 60 % de celle des hommes en 1989. Si ce rattrapage se poursuivait à ce rythme, hommes et femmes pourraient avoir la même activité moyenne vers 2025.

Enfin, selon les dernières projections de la DREES [6], qui confirment cette tendance, et « avec l'hypothèse faite dans le scénario tendanciel selon laquelle la proportion de femmes parmi les jeunes médecins entrant dans la vie active reste constante, en 2022, les femmes médecins seraient aussi nombreuses que les hommes. **En 2030, elles seraient majoritaires : 53,8 % des médecins seraient des femmes, en particulier, 56,4 % des généralistes** ».

A.1.1.4 Quelles situations et quelles projections en Bourgogne et Franche-Comté?

A.1.1.4.1 Situation démographique franc-comtoise :

Peu de données régionales ont été actualisées depuis les références évoquées dans le travail de thèse de K. Sigillo-Jendoubi [9].

La Franche-Comté compte, au premier janvier 2008, 1736 médecins généralistes ayant une activité régulière (-0.8% depuis 2004).

L'ONDPS retrouvait en 2004 une densité de 155 pour 100 000 habitants, soit 7% de moins que la moyenne nationale [7].

A.1.1.4.2 Situation démographique bourguignonne

- Les données disponibles sont issues du rapport pour la Bourgogne de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [10] :

La région apparaît moins dotée que la moyenne française pour 9 des 15 professions étudiées, notamment : les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les manipulateurs d'électroradiologie. Les densités bourguignonnes en médecins, manipulateurs d'électro-radiologie et chirurgiens-dentistes sont parmi les plus faibles de l'Hexagone. La densité bourguignonne apparaît équivalente à la moyenne française pour 4 professions : les infirmiers, les pharmaciens, les opticiens-lunetiers et les ergothérapeutes. La région présente une densité plus forte pour seulement deux professions : les sages-femmes et les audioprothésistes.

**Effectifs, densité et indice de concentration des professionnels de santé
au 1er janvier 2007 en Bourgogne**

	Effectifs	Densité en Bourgogne	Densité en France métropolitaine	Rapport de densité entre la Bourgogne et la France métropolitaine	Rang de la densité bourguignonne sur 22 régions	Indice de concentration* par bassin de vie
Médecins généralistes	2 487	153	165	93	16ème	0,18
Médecins spécialistes	2 192	135	173	78	18ème	0,46
Infirmiers	12 988	800	785	102	11ème	0,31
Pharmaciens	1 922	118	115	103	8ème	0,12
Masseurs-kinésithérapeutes	1 313	81	102	80	13ème	0,16
Chirurgiens-dentistes	823	51	67	75	16ème	0,16
Manipulateurs d'électroradiologie	607	37	42	89	17ème	0,40
Sages-femmes	474	135	121	111	7ème	0,40
Opticiens-lunetiers	467	29	28	103	3ème	0,20
Orthophonistes	328	20	28	73	15ème	0,26
Pédicures-podologues	234	14	18	80	16ème	0,16
Ergothérapeutes	163	10	10	102	8ème	0,46
Psychomotriciens	153	9	11	89	11ème	0,49
Audio-prothésistes	59	4	3	110	6ème	0,40
Orthoptistes	38	2	5	51	20ème	0,53

* Indice de concentration de Gini (voir encadré).

La densité rapporte le plus souvent le nombre de professionnels à la population globale. Le calcul de la densité en sages-femmes y fait exception puisqu'il rapporte le nombre de sages-femmes au nombre de femmes de 15 à 49 ans.

Sources : DRASS de Bourgogne (Service Régional de la Statistique et des Etudes) et DREES-ADELI redressé.

Insee - Estimations de population.

« Au 1er janvier 2007, environ 2 487 omnipraticiens sont en activité en Bourgogne, les deux-tiers exerçant en libéral. Les hommes représentent 62 % de la profession mais celle-ci se féminise puisque la jeune génération (les 35 ans et moins) est composée de femmes aux deux-tiers. »

Ils ont en moyenne 49 ans, équivalente à la moyenne nationale. Environ 29 % ont 55 ans ou plus, et vont donc partir en retraite à court et moyen terme. Les 35 ans et moins constituent une relève peu nombreuse. Les omnipraticiens bourguignons ont pour les deux tiers une activité libérale exclusive ou non.

La densité en médecins généralistes y est inférieure à la moyenne nationale : elle atteint 153 praticiens pour 100 000 habitants contre 165 dans l'Hexagone. Cette densité est globalement stable depuis plusieurs années.

Environ 60 % des praticiens exercent seuls et 40 % travaillent sans secrétariat.

A.1.1.4.3 Dernières projections régionales de la DREES [6]

En 2006, Bourgogne et Franche-Comté présentent une densité médicale globale inférieure à la moyenne nationale (respectivement 280 et 292 médecins pour 100 000 habitants, contre 327). Selon le dernier scénario tendanciel adopté par la DREES, et à l'horizon 2030, la situation bourguignonne irait en s'aggravant (densité -10 points) tandis que la Franche-Comté serait particulièrement dotée en médecins (densité + 14.6, soit la deuxième plus forte augmentation de densité médicale).

Ces chiffres montrent une inversion majeure depuis les projections publiées en 2004 [11], qui évoquaient une réduction de densité médicale de - 7 points pour la Franche-Comté à l'horizon 2025. Cela montre les difficultés liées à l'interprétation de ces projections, qui reposent sur des comportements constants :

Par exemple, sont supposés identiques à ceux observés au cours des dernières années, les comportements des étudiants en médecine en matière de redoublement ou d'abandon des études médicales, d'absence aux épreuves classantes nationales (ECN), etc. ou encore les comportements des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active en ce qui concerne le choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice.

Dès lors, peut-on faire l'hypothèse, entre 2004 et 2008, d'une modification des comportements et des choix des jeunes médecins et des étudiants, notamment lors des procédures de choix de postes d'internes à la suite de l'ECN?

Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Evolution (en %) de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 habitants
Alsace	6 101	5 802	333	280	-4,9	13,2	-16,0
Antilles-Guyane	2 337	2 782	219	196	19,0	32,8	-10,3
Aquitaine	10 694	12 139	343	339	13,5	14,8	-1,2
Auvergne	3 921	4 320	294	325	10,2	-0,5	10,8
Basse-Normandie	4 000	4 569	275	309	14,2	1,8	12,2
Bourgogne	4 565	4 070	280	252	-10,9	-0,9	-10,0
Bretagne	9 258	11 586	300	333	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	6 160	264	232	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 737	281	297	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	668	326	212	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 971	292	334	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 916	268	266	1,2	2,0	-0,7
Ile-de-France	46 144	37 132	402	299	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	8 274	354	248	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 415	332	327	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	7 303	292	322	6,9	-3,0	10,2
Midi-pyrénées	9 668	9 132	348	272	-5,5	20,6	-21,7
Nord - Pas-de-Calais	11 770	11 651	291	287	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	11 408	273	287	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	6 296	291	336	26,0	8,9	15,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 286	16 821	400	298	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 573	262	249	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	21 448	326	307	8,9	15,6	-5,8
Ensemble	206 514	203 953	327	292	-1,2	10,5	-10,6

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Il s'agit de densités intéressant médecins généralistes et spécialistes, sans données tendancielle régionales disponibles pour les seuls médecins généralistes.

A.1.2 EVOLUTION DU MODE D'EXERCICE ET DES ASPIRATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

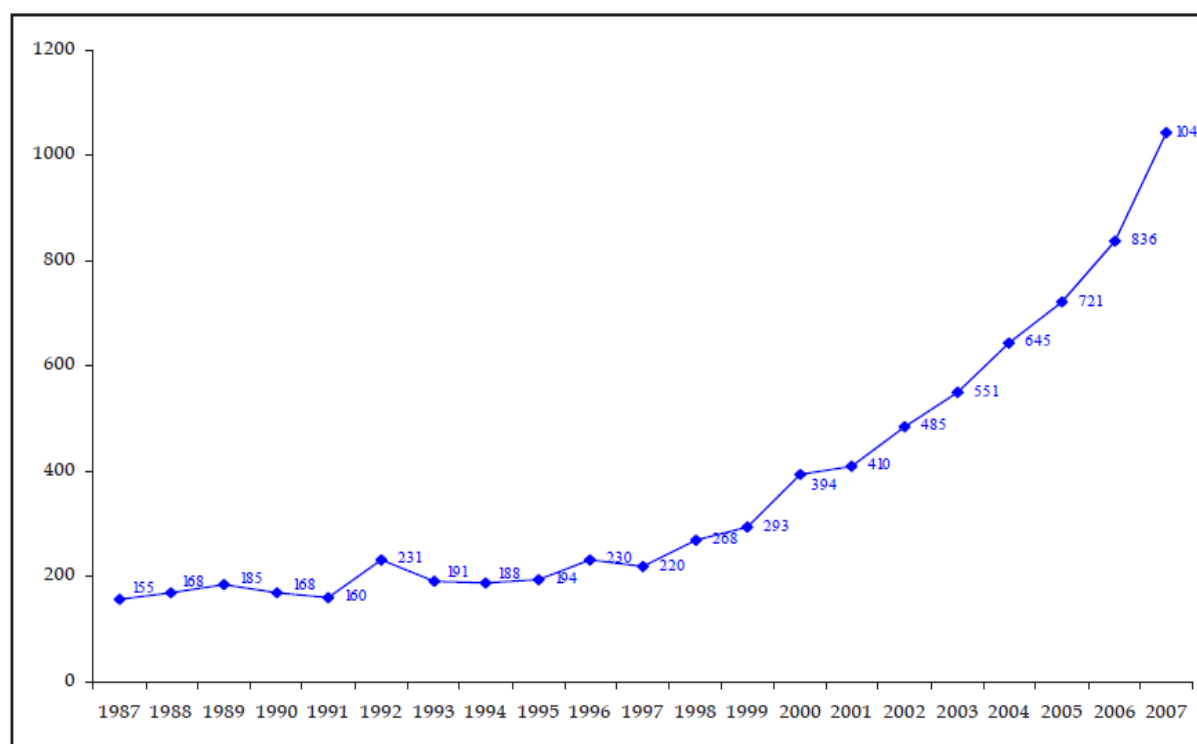
A.1.2.1 Diminution des durées de carrière : augmentation des périodes de remplacements et cessations d'activité plus précoces

On observe, concernant les médecins libéraux, la conjonction d'une installation tardive (34 ans en moyenne) [12], et de cessations d'activité plus précoces, « parfois avant cinquante ans contre cinquante-six ans pour les médecins salariés non hospitaliers et cinquante-sept ans pour les hospitaliers » [13]

L'installation plus tardive s'explique par la place accrue des remplacements et vacations salariées. Selon Mr le sénateur Juilhard [13] « [o]n considère que ces périodes peuvent constituer jusqu'à 25 % de la carrière d'un médecin généraliste ».

Le rapport du CNOM [4] confirme l'augmentation du nombre de médecins remplaçants inscrits au tableau de l'Ordre, représentant au 1er janvier 2008, 9 479 médecins remplaçants. « **En vingt ans, les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre ont augmenté de 572,9%**. Entre 2006 et 2007, on note une hausse de +24,8% ».

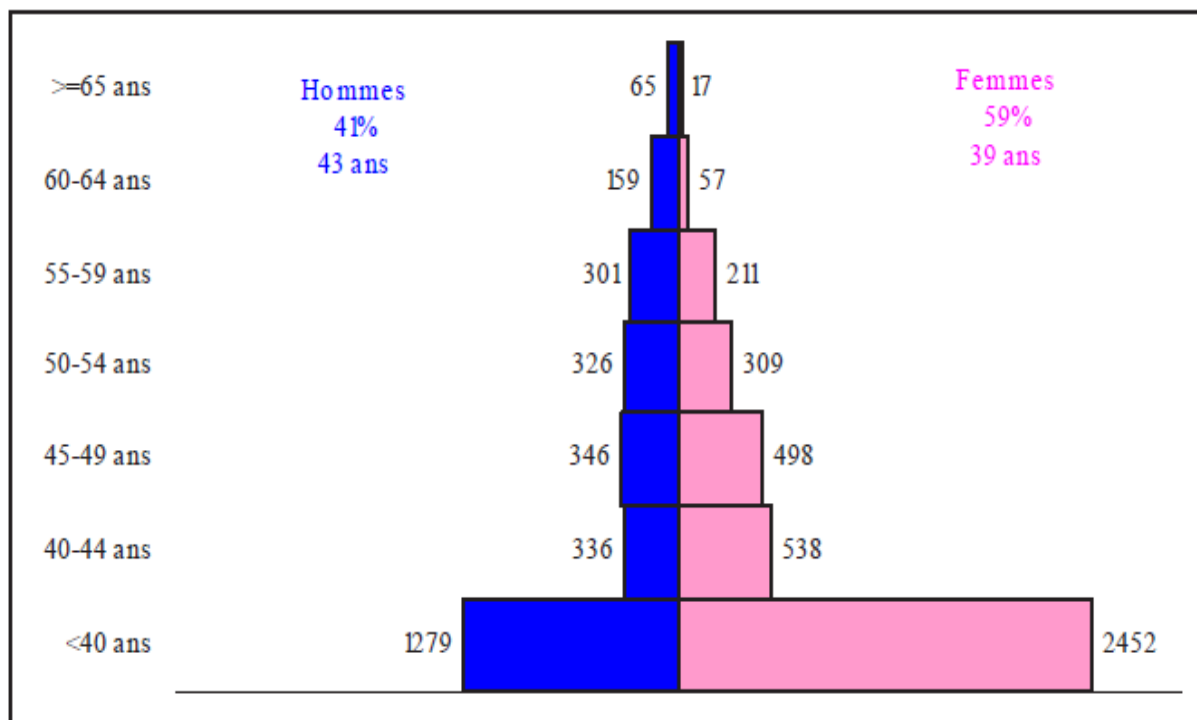
Toujours selon le CNOM, les médecins généralistes représentent 72.7% de l'ensemble des effectifs des remplaçants.



Source CNOM 2008 : évolution des effectifs des médecins remplaçants entre 1987 et 2007.

C'est un mode d'exercice qui semble répondre aux attentes des jeunes femmes, puisque 59 % des médecins remplaçants sont des femmes, d'un âge moyen de 39 ans, contre 43 ans pour les hommes. Il est également intéressant de noter l'augmentation (+31%) des inscriptions en tant que médecins remplaçants, chez les médecins de plus de 65 ans [4].

Pyramide des âges des médecins remplaçants en médecine générale



Source CNOM 2008

A.1.2.2 L'exercice libéral est délaissé

Le rapport annuel 2004 de l'ONDPS [14] notait déjà :

*L'augmentation de la proportion des femmes dans le corps médical pourrait notamment contribuer à **faire évoluer fortement la répartition du mode d'exercice**. Jusqu'à présent, les femmes privilégient en effet l'exercice salarié, ce qui conduirait, puisque leur nombre s'accroîtrait fortement, à concentrer la majeure partie de la baisse à venir des effectifs sur l'exercice libéral, si leur comportement se maintenait à l'identique.*

Comme nous l'avons noté dans notre premier paragraphe, la version 2006-2007 du rapport de l'ONDPS [5] montre que, sur 103 020 omnipraticiens (médecins diplômés de médecine générale) recensés par le répertoire ADELI, le nombre d'omnipraticiens exerçant en libéral en France métropolitaine était de 58 183 au 31 décembre 2005 (considérant les médecins « actifs à part entière », c'est-à-dire ceux de moins de 65 ans, conventionnés, installés depuis plus d'un an, et non hospitaliers). Si l'on considère uniquement les médecins qui n'ont pas déclaré un Exercice Particulier de la Médecine (comme l'acupuncture, l'homéopathie...), on obtient un effectif de 52 006 Médecins Généralistes libéraux exerçant, à priori, uniquement la médecine de premier recours, soit 50.5% des omnipraticiens.

Selon le rapport du CNOM [4], « parmi les nouveaux inscrits en 2007, 66% d'entre eux ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié et 9,4% ont privilégié la médecine libérale exclusive (concernant de façon majoritaire (74%) la médecine générale) [...]. **En 2007, le Tableau de l'Ordre des médecins enregistre quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux.** »

69 – Évolution du mode d'exercice en médecine générale entre 1997 et 2007



Source CNOM 2008

Toujours dans le même sens, selon les projections de la DREES [6], et en l'absence d'évolution des préférences et des choix de carrières des médecins :

la proportion de médecins salariés hospitaliers augmenterait alors fortement entre 2006 et 2030, tandis que les proportions de médecins libéraux, de médecins salariés non hospitaliers ou de médecins à exercice mixte diminueraient, pour les généralistes comme pour les spécialistes. En 2030, 55,5 % des généralistes seraient libéraux, contre 60,2 % en 2006.

Cette hypothèse est encore renforcée lorsqu'on interroge un échantillon d'internes en médecine générale, comme cela a été réalisé dans la région Rhône-Alpes [15]. L'exercice libéral exclusif n'était alors envisagé que par 39 % d'entre eux, dont un sur quatre était sûr de son choix, représentant 11% de l'échantillon d'internes interrogés.

A.1.2.3 La médecine générale est vue par les étudiants et les jeunes praticiens comme une discipline contraignante

D'après Mr le Sénateur Juilhard [13] :

*Les étudiants en médecine et les jeunes médecins manifestent peu d'intérêt pour l'exercice dans les zones rurales ou dans les zones urbaines en difficulté en raison de la disponibilité permanente qu'elles exigeraient selon eux. [...] Dans l'esprit des jeunes médecins, l'exercice médical en milieu rural est synonyme d'une importante charge de travail [...]. **La médecine générale [est] perçue comme un exercice particulièrement contraignant** en raison de la permanence des soins, des visites et des horaires de travail (80 % des généralistes libéraux travaillent le samedi matin).*

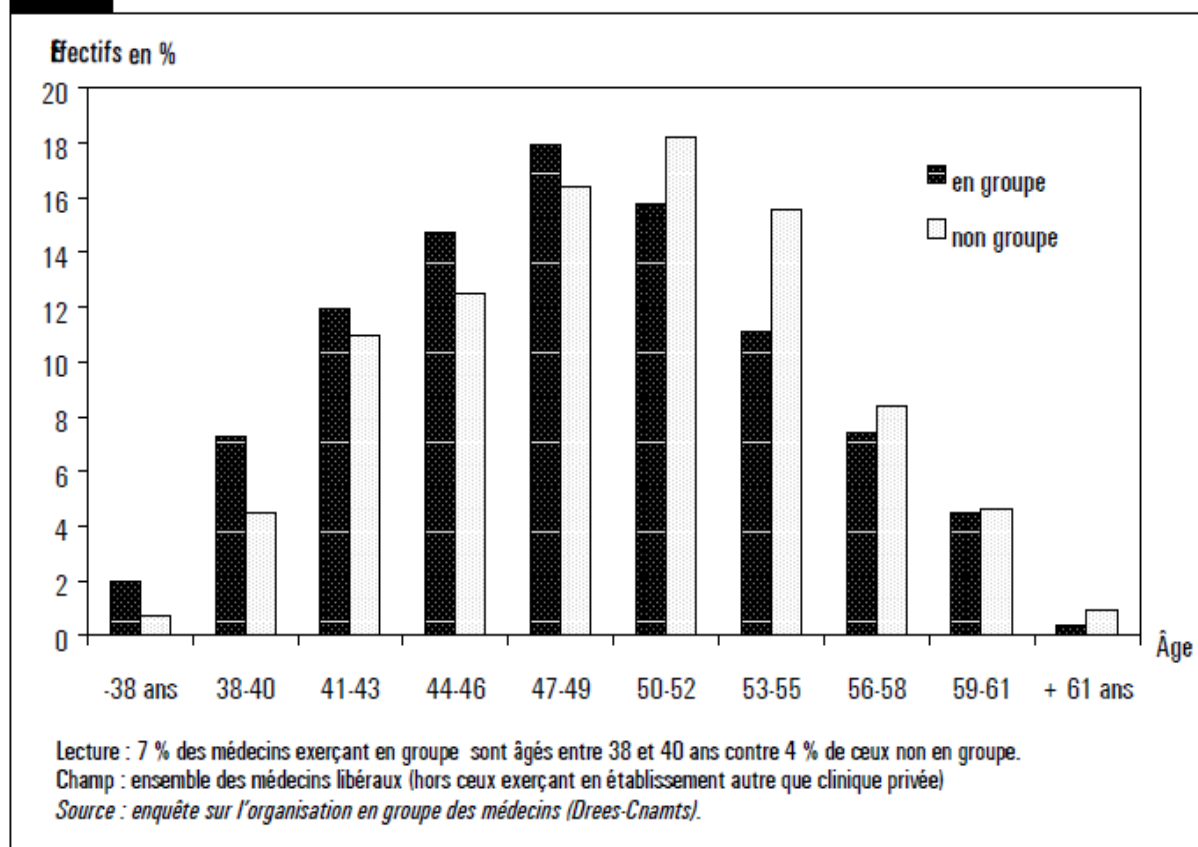
Dans un sondage commandé par le CNOM et réalisé par l'institut BVA, publié en mars 2007 [16], 63% des étudiants ne sont pas prêts à exercer en zones rurales, et 64% ne sont pas d'accord pour exercer en zone urbaine populaire. Les arguments développés sont, pour les zones urbaines sensibles, un environnement défavorable et notamment peu sécurisé, et une difficulté d'exercice supposée supérieure aux autres cadres de travail (68 % des jeunes médecins interrogés). Pour les zones rurales, c'est la charge de travail supposée, les difficultés liées à la mobilité du conjoint et l'insuffisance du plateau technique qui sont un frein à l'installation.

« Le modèle vocationnel et artisanal à la fois, qui voulait que le médecin se rende disponible à tout moment et exerce dans sa propre maison, semble révolu en tant que référence » (in *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, les dossiers de l'Urcam, décembre 2004)

A.1.2.4 Un attrait pour l'exercice en groupe qui s'amplifie

Dans une publication de la DREES datant de 2004 [17], S. Audric note que l'exercice des médecins en groupe a connu un développement important ces dernières années : « Selon le répertoire Adeli de la Drees, **le nombre des médecins libéraux exerçant en société ou en cabinet de groupe a augmenté de 18 % entre 2000 et 2003**, alors que celui des médecins exerçant dans un cadre individuel a diminué. »

D'après le même rapport, et selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie réalisée en 2002, **44 % des médecins libéraux exercent en cabinet de groupe.**



48 % des médecins installés dans l'activité libérale après 1990 exercent en groupe, contre 36 % de ceux installés avant 1981 ; les médecins exerçant en groupe sont donc en moyenne plus jeunes (48 ans) que les autres (plus de 50 ans). Une explication avancée est un « effet générationnel » : « le développement important de l'exercice de groupe étant un phénomène récent, cet effet d'âge pourrait révéler un phénomène de génération » [17].

L'auteur du rapport évalue de 33 à 45 % la part des médecins généralistes exerçant en groupe, soit moins que la moyenne des médecins (40 à 47 %). En effet, les taux les plus élevés d'exercice en groupe s'observent parmi les spécialités effectuant le plus d'actes techniques (avec un maximum pour les radiologues : 76 à 84% ; taux expliqué par l'intérêt de partager les coûts d'investissements en équipements onéreux).

Le taux d'exercice en groupe de la médecine générale présente en outre d'importantes disparités régionales ; il est estimé à environ 32% dans la zone économique d'aménagement du territoire (ZEAT) Est [17].

D'après Mr le sénateur Juilhard [13], chez les auxiliaires médicaux, le taux d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes (professions qui rassemblent 80 % des auxiliaires médicaux ayant un exercice libéral) exerçant en groupe est respectivement de 37 % et 36 %, soit à peine inférieur à celui des médecins généralistes. Pour lui, « les jeunes médecins libéraux optent souvent pour l'exercice regroupé qui favorise les échanges professionnels et permet une meilleure organisation du travail. (...) La pratique de l'exercice regroupé, quelle qu'en soit la forme semble répondre aux aspirations des professionnels de santé en matière d'activité professionnelle et de qualité de vie. »

Cette nouvelle donne est également frappante lorsqu'on interroge les étudiants et jeunes médecins [15] : les premiers imaginent à 97 % travailler en association, représentée par le cabinet de groupe pour la majorité (67%), mais aussi au sein de structures libérales pluridisciplinaires (18%). Seuls 7% des seconds envisagent un mode d'exercice isolé. D'autre part, il est important de noter que la féminisation de la profession, comme nous l'avons montré, semble favoriser l'exercice en cabinet de groupe, privilégié par 73% des femmes, contre 57% des hommes interrogés ($p < 0.01$).

La mission démographie des professions de santé [13] notait également en 2002 que « d'une manière générale, l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif. »

A.1.3 EVOLUTION DES BESOINS DE SOINS

Si les données bibliographiques sont nombreuses en ce qui concerne l'évaluation démographique des professions de santé, s'agissant de paramètres sur lesquels les pouvoirs publics se doivent d'intervenir (estimation des numerus clausus, interrogations sur les mesures permettant de corriger les inégalités d'accès aux soins), on peut se demander quelles sont les méthodes d'évaluation de l'évolution des besoins de santé.

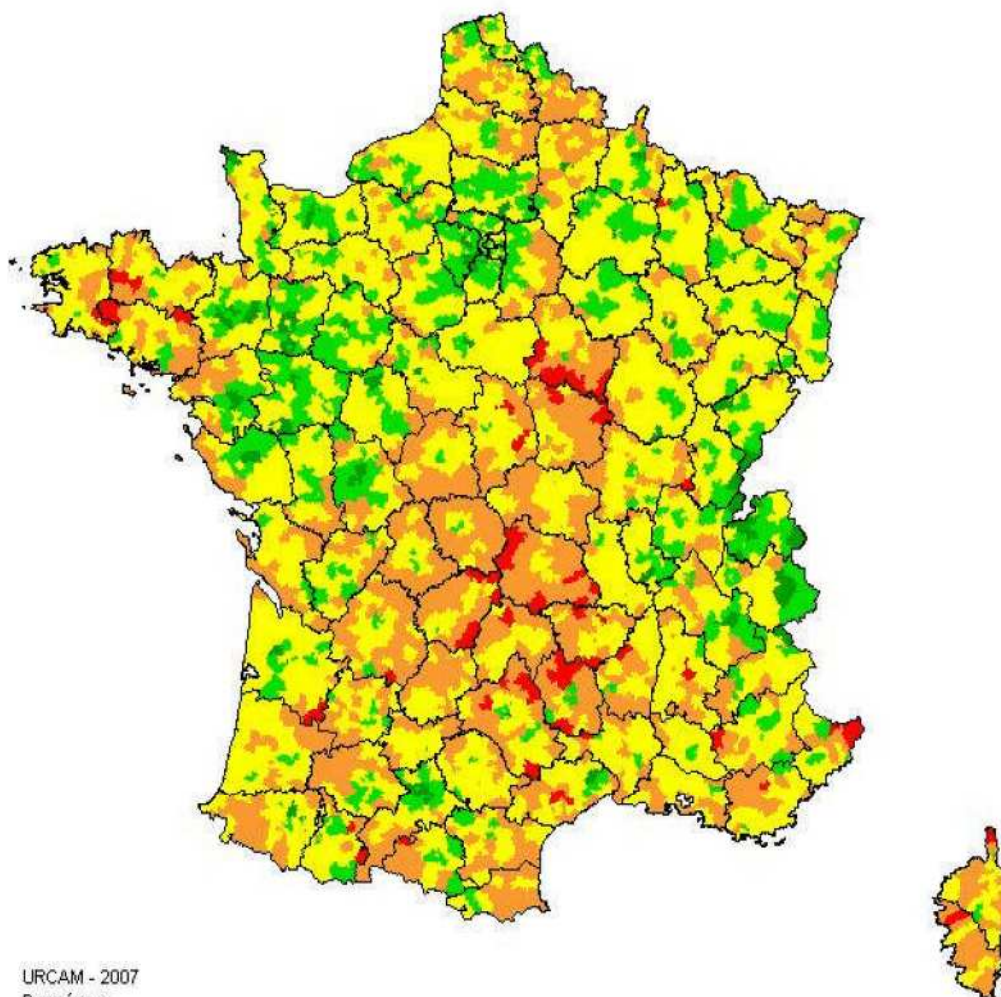
Une revue méthodologique d'évaluation des besoins en santé a été publiée en 2004 dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération **[18]**, mettant en évidence 5 méthodes possibles :

- Modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques
- Consultation d'informateurs clefs : usagers, administratifs, professionnels
- Enquêtes spécifiques d'indicateurs non disponibles en routine, se basant sur les données actuelles de consommation de soins.
- Estimations de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle
- Réalisation de normes et de guides de bonnes pratiques

Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), à partir d'une méthodologie développée par l'URCAM Rhône-Alpes¹, ont ainsi publié en 2007 une étude nationale **[19]** dont la méthodologie consiste en la combinaison d'indicateurs sociaux et démographiques (âge, indice état de santé -mortalité et morbidité, indice de précarité –Couverture Maladie Universelle Complémentaire), et d'une échelle à 5 niveaux. Elle a permis la réalisation de la carte suivante :

¹ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, Observatoire Régionale de la Santé Rhône-Alpes (2003). Evaluation des Besoins de soins en Rhône-Alpes

Carte typologique représentant l'indice global des besoins au niveau cantonal
- France métropolitaine -



URCAM - 2007

Données :

-Démographie : INSEE RP 1999

-Morbidité/Ald : Assurance Maladie inter-régimes (2004)

-Mortalité : INSERM exploitation FNORS pour les URCAM (1997-2001)

Echelle des besoins par canton

- Classe 4 : Chacun des deux indices correspond à un niveau relativement élevé de besoins par rapport à la moyenne nationale
- Classe 3 : Un des indices correspond à un niveau relativement moyen de besoins et l'autre à un niveau relativement élevé
- Classe 2 : Chacun des deux indices correspond à un niveau relativement moyen de besoins ou l'un correspond à un niveau relativement modéré et l'autre à un niveau relativement élevé.
- Classe 1 : Un des indices correspond à un niveau relativement modéré de besoins et l'autre à un niveau relativement moyen
- Classe 0 : Chacun des deux indices correspond à un niveau modéré de besoins par rapport à la moyenne nationale

On constate les fortes hétérogénéités révélées par cette méthode, avec des besoins en santé qui semblent plus importants en région Bourgogne (surtout Yonne et Nièvre), qu'en Franche-Comté.

Quoi qu'il en soit, Mr Bernier évoque dans son rapport à l'Assemblée Nationale [7] un avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie², qui « avance l'hypothèse d'une croissance du nombre de recours par personne aux médicaux libéraux de 10 à 20 %, selon l'évolution du comportement des assurés. En tout état de cause, la CNAMTS montre que le vieillissement accroît la prévalence des affections de longue durée (ALD) »

Selon les chercheurs de l'IRDES [20], « [d]u côté de la demande [de soins], la transition épidémiologique qui se traduit par le poids croissant des pathologies chroniques appelle une évolution de l'offre de soins notamment en termes de prévention et d'éducation à la santé ».

Cette évolution vers un vieillissement de la population se traduit par des besoins en soins gériatriques accrus avec des situations polypathologiques qui « transforment également les modes de prise en charge. (...) D'un autre côté, une prise en charge plus globale de la dépendance, incluant les aspects plus sociaux et l'aide quotidienne, est souhaitée et interpelle directement certains professionnels de santé. » [8]

Cette prise en charge de personnes âgées polypathologiques permet d'évoquer l'atout de structures de prise en charge pluridisciplinaires coordonnées.

² Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, 24 mai 2007

A.1.4 APERCU DES OUTILS ET DES MESURES ENGAGES PAR LES POUVOIRS PUBLICS FACE A CES ENJEUX

A.1.4.1 Développement d'outils d'étude et de « pilotage » de la démographie, détaillés dans le rapport Commission Démographie Médicale [8]

A.1.4.1.1 Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

« Les missions de l'ONDPS sont les suivantes :

- Il rassemble et analyse les connaissances relatives à la démographie des professions de santé.*
- Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème.*
- Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional.*
- Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et l'évolution de leurs métiers. »*

A.1.4.1.2 Répertoire Partagé pour les Professionnels de Santé (RPPS)

« Trois objectifs sont associés à la mise en place du RPPS :

- L'amélioration de la qualité et de la fiabilité des informations disponibles.*
- La simplification des démarches administratives et des procédures parallèles.*
- L'amélioration de la connaissance de la démographie des professions de santé. »*

A.1.4.1.3 Missions Régionales de Santé (MRS) pour orienter la répartition territoriale des médecins libéraux.

« Les MRS déterminent notamment les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux ».

« Il sera établi une cartographie régionale décrivant les éventuelles zones où le développement de l'offre libérale n'apparaît pas souhaitable, par profession de santé, et celles où un développement de l'offre de ville apparaît nécessaire. »

« Dans ce cadre, la MRS [de Franche-Comté] a donc arrêté, au cours de l'été 2005, la carte des zones déficitaires en médecins généralistes (circulaire DHOS/Uncam du 14 janvier 2005)» [21], selon des « critères objectifs issus d'indicateurs reconnus pour analyser le plus finement possible la situation démographique des médecins généralistes », des « critères moins mesurables (mais essentiels), (...) aspects «perceptifs » venant du terrain », et avec « la volonté de regrouper des territoires de taille suffisante pour impulser une véritable dynamique » :

Les cantons prioritaires

« Haut-Doubs » et « Haut-Jura »

Morteau (25), Montbenoit (25),
Le Russey (25), Maiche (25),
Saint Hippolyte (25),
Pierrefontaine les Varans (25),
Nozeroy (39), Mouthe (25),
Morez (39), Saint Claude (39)

« Vallée du Doubs central »

Rougemont (25)

« Petite montagne » (Jura)

Orgelet (39), Saint Julien (39),
Arinthod (39)

Le « secteur des lacs » (Jura)

Clairveaux les Lacs (39),

Nord-Ouest de la Haute-Saône

Champlitte (70), Vitrey sur Mance (70),
Dampierre sur Salon (70)

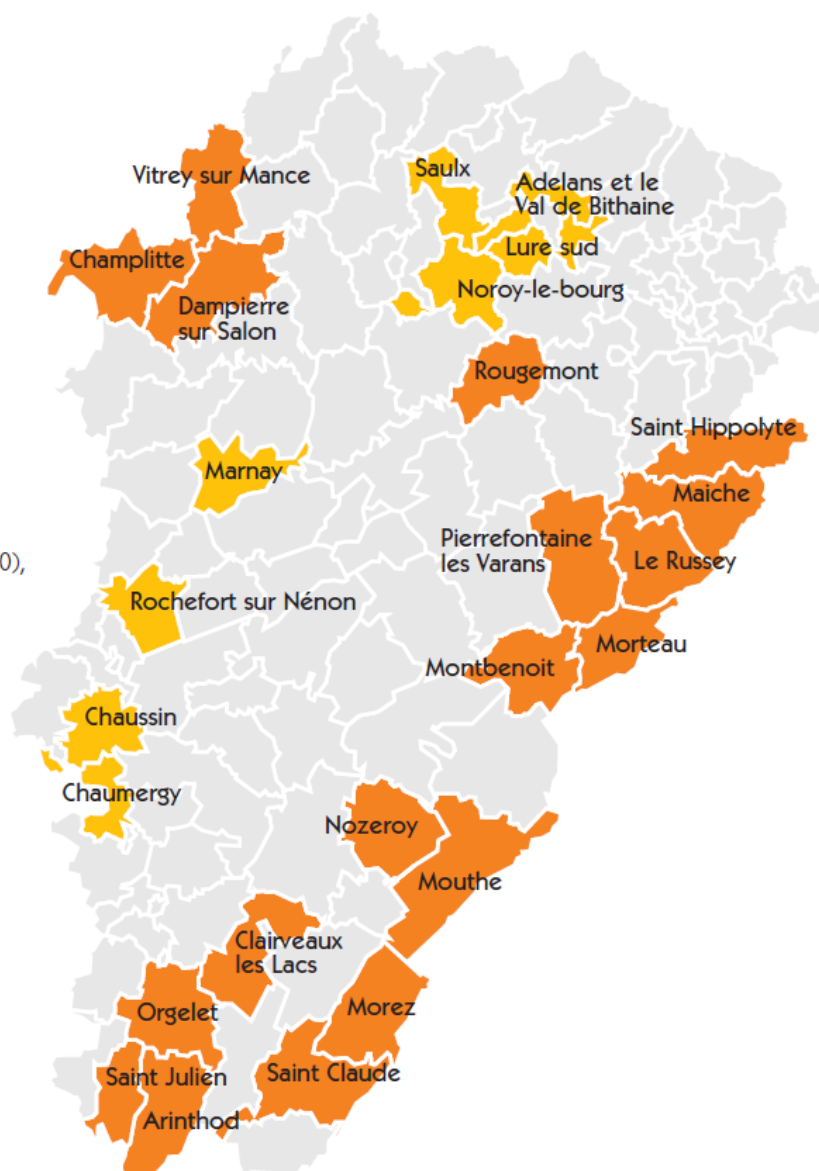
Les cantons fragiles

Jura

Chaussin (39),
Chaumergy (39),
Rocheft sur Nénon (39)

Haute-Saône

Marnay (70), Saulx (70),
Noroy-le-bourg (70),
Adelans et le Val de Bithaine (70),
Lure sud (70)



La liste des cantons bourguignons désignés par la MRS a également été publiée en 2005, sans outil cartographique à notre connaissance.³

³ Arrêté ARH B - URCAM B / 2005 n°26 : Arrêté portant détermination des zones rurales ou urbaines en région Bourgogne pouvant justifier l'institution des dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé

A.1.4.2 Aperçu des mesures incitatives recommandées ou appliquées :

A.1.4.2.1 Mesures non financières

2.1.1 Pendant la formation

1. La modulation du numerus clausus
2. La régulation des postes de spécialités offerts dans chaque subdivision.
3. S'orienter vers une interrégionalisation du concours ECN [8]
4. Création de cellules d'accueil et d'orientation des internes en Franche-Comté [21]
5. Favoriser les stages d'internat en hôpital général
6. Le stage de deuxième cycle en médecine générale
7. Le développement de la filière universitaire de médecine générale, qui est, au regard de Mr Bernier, [7] « *encore trop peu structurée* ».

2.1.2 Les outils d'aide à l'installation

- CartoS@nté et CartoS@nté Pro fournissent des données socio-économiques et de consommation médicale à l'échelle d'un canton, d'une commune ou d'une zone d'achalandage ;
 - LégiS@nté offre un service de veille juridique ;
 - RechercheSanté est un moteur de recherche documentaire sur la santé publique ;
 - Inst@LSanté permet aux professionnels de santé d'avoir accès à diverses informations relatives à leurs conditions d'installation.

A.1.4.2.2 Les mesures financières [22]

2.2.1 Lors de l'installation

- Dans les zones de revitalisation rurale : exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant cinq ans, puis de façon dégressive.
- Dans les communes de moins de 2 000 habitants ou dans les zones de revitalisation rurale : exonération de la taxe professionnelle pour une période de deux à cinq ans.
- Dans des zones définies comme prioritaires par les Missions régionales de Santé : exonération de l'impôt sur le revenu pour les rémunérations versées au titre de la permanence des soins ; prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux et de logement, un versement de prime à l'installation ou à l'exercice et une compensation de la TVA pour les investissements réalisés par les collectivités territoriales au profit de l'installation des professionnels de santé.

2.2.2 Lors de la formation

- Indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale qui effectuent leurs stages en zones déficitaires et s'engagent à y exercer pendant cinq ans au moins ;
- Indemnité d'étude et de projet professionnel à tout étudiant, titulaire du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'il s'engage à exercer au moins cinq années en zones déficitaires. (d'après [7])

A.1.4.3 Actions et suggestions des pouvoirs publics accompagnant l'évolution du mode d'exercice

A.1.4.3.1 Création du statut de collaborateur libéral [7]

Ce statut est autorisé par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. Il trouve sa place notamment dans une association entre un médecin et son futur successeur ; ou dans une association « à l'essai ». Le médecin collaborateur libéral est rémunéré à l'acte, il peut se constituer une patientèle propre.

A.1.4.3.2 L'exercice médical en cabinet secondaire

Le décret n° 2005-481 du 17 mai 2005 modifiant le code de déontologie, permet à un médecin installé d'exercer dans un ou plusieurs cabinets, sur autorisation du conseil départemental de l'Ordre.

A.1.4.3.3 Le statut de collaborateur salarié :

« Le décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié a supprimé l'interdiction qui était faite au médecin de salarier un confrère » [7]. Toutefois, des freins au développement de ce mode d'exercice ont été relevés au niveau ordinal, relatifs par exemple à l'application de la convention médicale, au secteur d'exercice, ou à l'application d'éventuelles pénalités infligées par les caisses d'Assurance Maladie.

A.1.4.3.4 L'exercice mixte ville / hôpital est également facilité, avec le développement de statuts permettant à des médecins libéraux d'exercer en secteur hospitalier : praticien hospitalier à temps partiel, assistant généraliste, contractuel, praticien attaché [7].

A.1.4.3.5 Le statut de salarié en centre de santé ou en hospitalisation privée.

A.1.4.3.6 Le soutien des solutions innovantes en termes de pratiques collaboratives :

A.1.4.3.6.1 La télémédecine

Désormais reconnue comme acte médical dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie. Les moyens technologiques permettent ainsi l'utilisation de la visioconférence, ou de l'accès à distance aux dossiers informatiques, dans le respect déontologique de la sécurisation des informations privées, et avec l'accord du patient.

A.1.4.3.6.2 Les réseaux de santé

« Un réseau de soins, c'est donc (...) la collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes. (...) L'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population précis, son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité de pratique avec des protocoles définis en commun » [8]

A.1.4.3.6.3 Le transfert de tâches et de compétences

Ayant abouti au lancement d'expérimentations (cinq premières expérimentations fixées par l'arrêté du 13 décembre 2004, puis dix nouvelles expérimentations lancée le 7 avril 2005, essentiellement en milieu hospitalier), et reposant sur les principes de formation initiale et continue, collaboration entre médecins et paramédicaux, et la « revalorisation de l'investissement intellectuel » [8].

A.1.4.3.7 Favoriser l'exercice regroupé [13]

Selon Mr le sénateur Juilhard :

La crise de la démographie médicale est l'occasion de réfléchir à de nouveaux modes d'exercice de la médecine ou de nouveaux modèles d'organisation de l'offre de soins.

La pratique de l'exercice regroupé, quelle qu'en soit la forme semble répondre aux aspirations des professionnels de santé en matière d'activité professionnelle et de qualité de vie. On constate aussi le succès rencontré par une initiative née du terrain et qui mérite qu'on s'y arrête : celui des maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons de santé.

Ainsi, l'évolution des effectifs et des densités de médecins, notamment celle des médecins généralistes, semble difficile à estimer, mais une tendance à la baisse est attendue dans les années à venir. D'autre part, la répartition géographique des professionnels de santé continue à poser problème. L'évolution du mode d'exercice des médecins généralistes, avec une féminisation notable de la profession, conduit à défavoriser l'exercice libéral, notamment dans une pratique en solo. Les besoins en soins vont également connaître une évolution inhérente au vieillissement de la population. Les pouvoirs publics mettent donc en place une série d'outils visant à mieux connaître ces évolutions de l'offre et des besoins de soins, afin de proposer des solutions pour garantir la pérennité de l'accès aux soins. L'une d'elles consiste à promouvoir l'exercice en groupe.

A.2 L'EXERCICE MEDICAL REGROUPE EN MAISON

DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE

A.2.1 SOUTIEN A L'EXERCICE EN GROUPE DE LA PART DES

INSTITUTIONS

De nombreuses institutions et experts soulignent l'intérêt porté par les professionnels de santé à l'exercice en groupe. Voici quels sont les arguments que l'on peut retrouver dans leurs publications, justifiant un soutien particulier à ce mode d'exercice comme une réponse possible aux enjeux d'organisation du système de soins primaires en France.

A.2.1.1 Inspection générale des finances

Un rapport de l'inspection générale des finances (IGF) paru en 2003, et cité dans une publication de l'IRDES [20], « recommand[e] la mise en place de dispositifs incitatifs à l'installation en groupe afin de développer un exercice médical multidisciplinaire ».

En effet, selon ce rapport [23], une « pratique plus collective et intégrée organisée autour de cabinets rassemblant plusieurs médecins ainsi que d'autres professionnels de santé est de nature à améliorer l'efficience des pratiques ». D'autre part la pratique de groupe, étudiée au travers d'expériences étrangères, permet une meilleure intégration des professionnels paramédicaux à la pratique libérale, et montre une plus grande efficacité et une meilleure qualité, en prenant en compte les attentes des professionnels de santé.

Au sens plus économique de la santé, l'exercice en groupe pourrait améliorer la productivité de la médecine ambulatoire en terme d'économie d'échelle (augmentation du volume de soins produits pour des coûts décroissants), même si les évaluations de cet impact sont très rares aujourd'hui. Il est ainsi de nature à améliorer l'efficience des pratiques et du système de soins.

Ce rapport [ibid] assure notamment deux éléments qui semblent pertinents dans le cadre de notre travail :

Il semble donc que tant pour des raisons de productivité que de promotion de la qualité et de l'efficience, des cabinets de groupe mono-spécialité de 5 à 10 médecins, intégrant des personnels administratifs et médicaux (infirmiers et paramédicaux), doivent être privilégiés comme unités de production de base des soins ambulatoires.

Au total, si ces recherches demandent à être poursuivies et précisées, [elles] semblent montrer la supériorité de la pratique collective du point de vue de la qualité des soins.

A.2.1.2 Propositions de Mr Bernier, député rapporteur à l'Assemblée Nationale [7] :

- Reconnaître le caractère interdisciplinaire de l'offre de soins de premier recours, préalable à toute politique d'aménagement des soins de premier recours : « L'élaboration d'une véritable politique d'aménagement des soins de premier recours passe donc par une meilleure coopération entre les professionnels de santé, laquelle doit trouver son fondement dans la définition même des soins de premier recours. »
- « Proposition n°8 : Établir une définition législative des soins de premier recours tenant compte de leur dimension pluridisciplinaire et de la place de la santé publique en leur sein, afin de promouvoir une logique de prise en charge globale de la santé d'une population plutôt qu'une logique de distribution de soins. »
- « Favoriser l'engagement des professionnels de santé dans de nouvelles formes de coopération » en leur proposant des formations adéquates, des rémunérations attractives et des règles de responsabilité claires »
- « Développer les structures dont le mode de fonctionnement favorise la coopération entre les professionnels » : cette proposition concerne essentiellement les structures d'Hospitalisation A Domicile et les réseaux de soins.

- « Développer de nouvelles structures d'exercice : promouvoir des «pôles de santé » pour aménager l'offre de soins de premier recours sur l'ensemble du territoire » et « tenir compte de l'attrait croissant des professionnels de santé, notamment des jeunes générations, pour l'exercice groupé » :

Les représentants des internes de médecine générale estiment qu'il faut «réorganiser pour sauvegarder une médecine générale de proximité » et que « l'exercice résolument isolé, où qu'il soit, constitue un mode d'exercice voué à disparaître», pour laisser la place à l'exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire, « solutions d'avenir » qui permettent non seulement la mutualisation des moyens humains et techniques, mais aussi la rupture de l'isolement intellectuel du généraliste grâce au travail en équipe.

- « **Privilégier les différentes structures d'exercice regroupé, notamment celles qui favorisent le plus la coopération entre professionnels et qui procèdent d'une démarche territoriale d'organisation globale de l'offre de soins ».**

A.2.1.3 Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Selon les URCAM de Franche-Comté et Bourgogne [21] et [24] :

La couverture des besoins sanitaires dans une zone où la densité de la population diminue et où les conditions d'exercice des médecins deviennent de plus en plus difficiles amène à renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé (médecins entre eux, médecins et auxiliaires médicaux) et entre médecine de ville et hôpital (pratique en réseaux, hôpitaux locaux). Ces modes de pratiques ont pour but de permettre de rompre l'isolement des médecins, de limiter la charge des contraintes (gardes et congés alternés) et de favoriser une prise en charge coordonnée des patients.

A.2.2 PLACE DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES DANS LE CADRE DE L'EXERCICE EN GROUPE

A.2.2.1 Définition et description des différentes formes d'exercice regroupé

Il existe plusieurs façons d'appréhender le mode d'exercice en groupe :

Dans son étude de 2004 [17], la DREES le définit sous l'angle de l'exercice en société au sens juridique du terme, considérant tout médecin déclarant travailler en cabinet au sein d'une société ou d'un groupe. Cela incluait donc les médecins travaillant en libéral au sein d'une clinique privée, et ceux travaillant au sein d'une structure d'urgence comme SOS médecins. « Ne pas travailler en groupe n'implique donc pas forcément un exercice isolé de l'activité libérale. Les médecins en cabinet peuvent ainsi partager leurs locaux avec des confrères ou des professionnels paramédicaux sans pour autant être en société (plus de 7 %). »

L'IRDES donne une approche plus théorique du regroupement [20], par les notions d'intégration horizontale (regroupement de professionnels dont l'activité est identique) par opposition à l'intégration verticale (regroupement de professionnels dont les activités se situent à différents niveaux de la chaîne de soins). Selon ces chercheurs, le contexte français donne peu de place à un schéma d'intégration verticale, c'est-à-dire que peu de cabinets de groupe associent médecins et professionnels paramédicaux.

Ce regroupement médical prend différentes formes : [7]

- la « maison médicale », ou « cabinet de groupe », constitue la forme traditionnelle d'exercice collectif de la médecine libérale, dans laquelle chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

- la « maison médicale de garde » qui répond désormais à un cahier des charges précis fixé par la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Il en existe environ 200 actuellement (d'après Mr le Sénateur Juilhard [13]).

- Les « pôles de santé » qui visent à faire coopérer, sur un bassin de vie donné, le plus grand nombre de structures de soins : cabinets médicaux, maisons de santé, hôpitaux locaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population (exemple du pôle de santé du sud-ouest mayennais).

- Les « maisons de santé » ou « maisons de santé pluridisciplinaires » qui sont l'objet de notre travail, dont le concept est désormais défini par le code de santé publique (voir infra).

- Les « maisons de santé rurales », développées à l'initiative de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et dont les objectifs et le fonctionnement semblent se rapprocher des maisons de santé, sur un territoire rural ou semi-rural (description détaillée dans la thèse de K. Sigillo-Jendoubi [9]).

A.2.2.2 Exemples de structures étrangères à intégration verticale

- Les maisons médicales belges, dont les plus anciennes ont été créées en 1971, et dont le fonctionnement et l'organisation ont conduit aux premières négociations tarifaires avec un paiement à la capitation dès 1983. On en dénombre 75 en 2009, regroupant environ 1000 professionnels dans des équipes pluridisciplinaires.

- Les Groupements de médecine de famille développés depuis 1991 au Québec, avec une approche pluridisciplinaire et une étroite coopération médecins-infirmières .

- Les « practices » britanniques, gérés par les Primary care Trusts (152 sont recensés depuis le premier octobre 2006), développés au cours des années 90, sont les organismes responsables de l'organisation des soins primaires au niveau territorial, assurant un certain nombre de services et de responsabilités budgétaires (comme « l'achat » de soins spécialisés). Leur développement s'est accompagné d'une accentuation du regroupement des médecins britanniques, constituant de réels groupes pluriprofessionnels.

- Les centres de santé en Suède et en Finlande, structures publiques qui reposent sur des équipes pluridisciplinaires où les infirmières sont en première ligne (d'après [25]).

A.2.2.3 Définitions d'une MSP

Plusieurs approches ou définitions ont été proposées, que ce soit de la part des professionnels de santé, de la HAS, des URCAM notamment dans les documents d'aide à l'élaboration d'un projet requérant un financement par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, et de la MSA dans ses documents visant au développement des maisons de santé rurales. Nous avons voulu citer celle de la HAS, et les sources apparues depuis le travail de notre consœur [9].

A.2.2.3.1 Haute Autorité de Santé (HAS) [26]

Ses publications donnent plus une définition des objectifs et des moyens que du concept lui-même. En effet, cette définition s'adresse à la fois aux pôles, maisons et centres de santé, et aborde l'aspect pluridisciplinaire par un exercice coordonné et l'élaboration de protocoles, se traduisant par une « analyse de pratiques » : « Ils organisent un regroupement de professionnels exerçant en **ambulatoire**, sur un **projet de soins commun**, en assurant la **continuité des soins**, soit dans un lieu unique pour les maisons de santé et les centres de santé, soit dans le cadre d'un regroupement virtuel pour les pôles de santé ».

A.2.2.3.2 Définition « légale »

La première définition « légale » du concept de maison de santé est donnée par l' Article L6323-3. Créé par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - art. 44 ⁴:

Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Celle-ci n'aborde pas l'aspect pluridisciplinaire et coordonné du projet.

A.2.2.3.3 Définition de la commission des Affaires Sociales sur la Démographie Médicale

Mr le Sénateur Juilhard [13] en donne une définition complète : « Une maison de santé pluridisciplinaire ou maison de santé est un mode d'exercice libéral relativement nouveau. Elle rassemble des professions médicales et paramédicales, organise son activité autour d'un projet médical commun et y associe parfois des intervenants extérieurs à la sphère médicale stricto sensu. » Il précise plus loin qu'une telle structure ne correspond ni à la juxtaposition de cabinets médicaux et infirmiers (correspondant à une maison médicale), ni à un simple projet immobilier en commun : « elle se construit autour d'actions en direction de la population (prise en charge coordonnée des soins, prévention, éducation du patient). » Cet aspect est encouragé par un soutien financier de la part des caisses d'assurance maladie, par l'intermédiaire du Fond d'Aide pour la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) notamment, sur la base d'un projet déterminant les objectifs d'une approche collaborative et coordonnée des soins, d'une participation à la permanence des soins, en organisant leur continuité dans le respect des dispositions conventionnelles et tarifaires.

⁴ Article disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=46FA16C95C52DD0963637B6AEBD7C801.tpdjo02v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017833749&dateTexte

A.2.2.4 De la nécessité d'une labellisation?

De définition et de développement récents, le concept de MSP semble correspondre à un mode d'intégration verticale et d'organisation des soins à même de constituer une réponse aux enjeux actuels du système de soins français, recevant la faveur des pouvoirs publics et suscitant parfois un engouement médiatique.

Pourtant, les pouvoirs publics insistent sur la nécessité d'une structuration plus grande de cette nouvelle forme d'exercice, sans organiser l'offre de soins de premier recours autour d'un modèle unique [7], et en adaptant celle-ci aux contraintes et problématiques territoriales (évoquant, par exemple, la problématique que soulèverait la concentration des soins en un seul lieu, dans des bassins de vie peu densément peuplés, diminuant la proximité et l'accessibilité des patients d'une part, et l'équilibre économique des officines pharmaceutiques d'autre part ;le développement de « pôles de santé » est une solution évoquée dans ce contexte).

Ainsi, selon Mr le sénateur Juilhard [13], « un label offrirait un support pour développer de nouveaux modes de relations entre les maisons de santé et les autorités sanitaires ».

Pour Mr le Député Bernier [7] il semble important de « doter les maisons de santé pluridisciplinaires d'un cahier des charges afin d'éviter des projets trop fragiles » et de « favoriser les projets reposant sur un véritable projet médical pour le territoire dans lequel ils s'inscrivent ».

Il insiste aussi sur l'importance du projet de soins porté par l'équipe pluriprofessionnelle de la maison de santé, et non par la seule volonté des collectivités et des pouvoirs publics, inquiets d'assurer l'offre de soins dans leur bassin de vie.

A.2.2.5 De la nécessité d'une certification ?

C'est dans le sens d'une structuration de cette organisation particulière des soins que s'est tenu le 14 juin 2008 un colloque national à Besançon intitulé « Concevoir et faire vivre une maison de santé » [27], réunissant de nombreux acteurs impliqués dans ces projets (professionnels de santé, représentants des institutions, des pouvoirs publics, des collectivités territoriales, des usagers) ayant donné lieu à l'élaboration de recommandations que nous détaillerons plus loin.

L'un des objectifs de ces recommandations est notamment « **d'engager les maisons de santé en activité dans un processus de certification** ».

On trouve un écho à cela dans le rapport de Mr le député Bernier [7], considérant que ces structures pluridisciplinaires sont à même de faire évoluer les pratiques de soins de premier recours, d'autant plus qu'elles seront associées à la HAS dont le président, Mr Degos, « a d'ailleurs proposé devant la mission que soit instituée une procédure de certification des maisons de santé pluridisciplinaires et des centres de santé par la haute autorité. »

Cette démarche de certification rejoindrait celle qui concerne les établissements de santé, définie ainsi sur le site Internet de la HAS [28] :

La certification des établissements de santé est une démarche ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui visent à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

Nous avons ainsi pu constater que les maisons de santé pluridisciplinaires, structures offrant des soins sans hébergement grâce à des équipes regroupant diverses professions de santé autour d'un projet médical commun, peuvent correspondre à un mode d'exercice offrant une satisfaction de travail aux soignants, et qui permettrait de séduire les jeunes médecins et de pérenniser une offre de médecine générale libérale. D'autre part, certains avancent un gain d'efficacité et de qualité des soins offerts, en soulignant cependant le peu de données et d'études disponibles sur le sujet (d'après [23]). Nous avons donc voulu essayer de replacer ce mode d'exercice dans une approche de l'amélioration et de l'évaluation de la qualité des soins.

A.3 PROMOTION DE LA QUALITE DANS LE CONTEXTE DES SOINS PRIMAIRES

A.3.1 DEFINITIONS

A.3.1.1 Qualité des soins

A.3.1.1.1 Qualité

Il faut prêter attention au sens premier du mot « qualité » tel que le définissait Littré : « Ce qui fait qu'une chose est telle ». Les dictionnaires courants tels le Larousse donnent également cette première définition : « Manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose ; **état caractéristique**. »

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce terme doit être compris dans notre contexte comme « le mérite ou l'excellence d'une chose ou d'une activité » [29].

Pour Donabedian [30], le terme qualité désigne « la capacité à atteindre des objectifs souhaitables en utilisant des moyens légitimes ».

A.3.1.1.2 Soins primaires

Les soins désignent les « moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade » (Larousse).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (conférence de Alma-Ata,1978) a donné une définition « universelle » des soins primaires, les qualifiant notamment de « premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé ».

Cette notion est souvent restreinte au concept et à l'organisation des soins ambulatoires, leur accessibilité, leur continuité et leur permanence, portés notamment par les médecins généralistes.

A.3.1.1.3 Qualité des soins

De très nombreuses publications internationales tentent de définir le concept de « qualité des soins », mais comme Donabedian le décrit [30], plusieurs définitions sont acceptables, et dépendent de l'intention et du contexte dans lesquels on emploie cette formule.

Il retient la formule suivante dès 1980 : un soin de qualité est « le type de soins qui est supposé maximiser une mesure globale du bien-être du patient, après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [ibid].

L'évaluation de cette qualité impose pour lui de déterminer à priori si l'aspect financier du soin doit être pris en compte dans sa définition, en distinguant une approche maximaliste (ignorant l'aspect financier) d'une approche minimaliste.

L'OMS donne en 1987 la définition suivante : « la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [29].

Pour la World organization of Family Doctors (WONCA) , la qualité des soins a pour objectifs de donner « the best outcomes possible given available resources and the preference and values of patients » : « les meilleurs résultats possibles, étant données les ressources disponibles et les préférences et valeurs des patients » (d'après [2]).

De son côté, l'institut de médecine américain définit en 1990 la qualité des soins comme « the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge » : « 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 »⁵.

⁵ Traduit d'après [32] et issu de *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol.1. Washington, DC, National Academy Press.

A.3.1.2 Dimensions de la qualité des soins

Afin de préciser ces définitions et de prendre en compte les différents points de vue, de nombreux chercheurs et institutions ont décrit un ensemble de dimensions permettant d'appréhender cette approche multifactorielle. Celles-ci ne sont toutefois pas consensuelles, et sont différemment privilégiées selon les cadres conceptuels développés récemment par les pouvoirs publics.

Les principales dimensions retrouvées dans la majorité des publications, sont notamment listées dans une publication de l'IRDES [31], et un rapport de l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé [32] :

- **L'efficacité** fait référence à la mesure dans laquelle l'intervention en question produit les effets attendus. « Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres ».
 - **L'efficience** est définie par le rapport entre résultats et ressources engagées, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints en minimisant les ressources (OMS 2000). Elle se réfère à « l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs » .
 - **L'accès aux soins** peut être simplement défini comme la proportion d'une population donnée nécessitant des soins, qui peut effectivement recevoir ceux-ci (OMS 1998).
 - **La sécurité** est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. Selon l'institut de Médecine américain (IOM), la sécurité est l'absence de blessure accidentelle due à un soin ou une erreur médicale. « L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières ».
- [31]
- **La réactivité** « se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé » [31], c'est-à-dire la capacité qu'il a à placer le patient au centre des soins, « en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité,(...) ». [ibid]

	<i>Donabedian (1988)</i>	<i>Maxwell (1992)</i>	<i>Department of Health (UK) (1997)</i>	<i>Council of Europe (1998)</i>	<i>IoM (2001)</i>	<i>JCAHO (2006)</i>
<i>Effectiveness</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Efficiency</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Access</i>	X	X	X	X		X
<i>Safety</i>	X			X	X	X
<i>Equity</i>	X	X	(X)		X	
<i>Appropriateness</i>	X	X		X		X
<i>Timeliness</i>			X		X	X
<i>Acceptability</i>		X		X		
<i>Responsiveness</i>		Respect Choice Information			Respect Patient- centred- ness	
<i>Satisfaction</i>			(X)	X		
<i>Health improvement</i>	X		X			
<i>Continuity</i>					X	
<i>Other</i>		Technical competence Relevance		Efficacy		Availability Prevention/ early detection

Sources: Donabedian 1988; Maxwell 1992; Department of Health 1997; Council of Europe 1998; IOM 2001; JCAHO 2006.

Notes: IOM: Institute of Medicine; JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
Dimensions de la qualité des soins – reproduit avec l'autorisation de l'OMS [32]

A.3.2 AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

A.3.2.1 Différentes méthodes recensées

Les experts du centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KcE) ont publié en 2008 un rapport qui a servi de base à nos connaissances bibliographiques dans ce domaine. [2]

Ils ont notamment réalisé une revue méthodologique des publications en rapport avec les démarches qualité en médecine générale, et ont pu recenser les différentes méthodes d'amélioration de la qualité des soins développées au niveau international.

Nous ne faisons ici que citer cette liste :

- Développement de recommandations de bonne pratique clinique.
- Audits, définis comme une revue détaillée et une évaluation de dossiers cliniques sélectionnés par des professionnels qualifiés pour l'évaluation de la qualité des soins médicaux (définition MeSH). L'analyse des données est la plupart du temps menée par une tierce partie.
- Analyse d'évènements significatifs.
- Formation professionnelle continue.
- Portfolios.
- Evaluations de satisfaction et d'avis d'usagers des soins.
- Groupes de pairs ou groupes locaux de qualité.
- Procédures de certification et accréditation.
- Rapports annuels fournis par les cabinets médicaux dans certains systèmes de santé.

Cette revue permet néanmoins de cibler les outils les plus couramment utilisés et les plus ambitieux⁶ dans les systèmes qualité en médecine générale :

- **Les audits** de pratique ou de cabinets tels que nous les avons définis ci-dessus.
- **Les groupes de pairs** : constitués d'un groupe de médecins qui se réunissent pour discuter de leurs patients, de dossiers médicaux, d'éléments ou d'évènements précis de leur pratique. Ces démarches sont structurées aux Pays-Bas et en Allemagne.
- **Les visites de cabinets** : il s'agit d'une technique plus lourde et ambitieuse, caractérisée par une visite du cabinet réalisée par des pairs, qui observent la structure et l'organisation du cabinet, avant de faire part des résultats de cette analyse aux professionnels. Cette démarche est institutionnalisée aux Pays-Bas (Dutch Visit in Practice).

⁶ Contencin P, Falcoff H, Doumenc M. Review of performance assessment and improvement in ambulatory medical care. Health Policy. 2006;77(1):64-75.

A.3.2.2 Démarches françaises d'amélioration de la qualité, sous l'égide de la HAS

A ce jour la France ne dispose pas d'un système qualité défini, organisé de manière institutionnelle et encadrant les différentes initiatives en matière d'amélioration de la qualité des soins primaires au niveau des cabinets médicaux, avec des stratégies et des objectifs fédérés.

C'est la Haute Autorité de Santé, ayant succédé à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Education en Santé en 2004, qui est responsable, selon l'article L161-37 Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 41 du code de la sécurité sociale de:

- « Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent (...) » ;
- « Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion » ;
- « Etablir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles (...) » ;
- « Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé ».
- « Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ».

Elle a également pour mission l'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité « à risque » en établissement de santé⁷.

A.3.2.2.1 Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) :

Elle est instituée par l'Article L4133-1-1 du CSP créé par la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 14 JORF 17 août 2004 : « L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés. »

⁷ Décret no 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé, publié au J.O le 23/07/06

Elle a pour but, selon le Décret no 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, « l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques ».

« Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. »

Elle se met en place sous la responsabilité des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML)⁸.

A.3.2.2.2 Formation Médicale Continue (FMC) :

Elle est instituée par l'article L4133-1 du CSP Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 98 JORF 11 août 2004 :

La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-I.

Selon l'arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue, elle consiste à cumuler 250 crédits sur une période de cinq ans, dont 150 crédits dans au moins deux des catégories 1 à 3, et 100 crédits dans la catégorie 4 (arrêté du 13 juillet 2006).

Les actions sont classées en quatre catégories :

- 1) Formations présentielles
- 2) Formations individuelles et formations à distance
- 3) Situations professionnelles formatrices
- 4) Evaluation des Pratiques Professionnelles

⁸ Décret n°93-1302 du 14 décembre 1993 relatif aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral.

A.3.2.2.3 Evolution vers le Développement Professionnel Continu (DPC), inspiré des travaux du Royal Australian College of obstetricians and gynecologists.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire [33] a adopté une modification de cet article L4133-1 comme suit :

Article 59 :

1. Le chapitre III du titre III du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé: «Développement professionnel continu».
2. Les articles L.4133-1 à L.4133-7 du même code sont remplacés par quatre articles L.4133-1 à L.4133-4 ainsi rédigés:

Art. L.4133-1. –Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

Art. L.4133-2. –Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités selon lesquelles: 22 juillet 2009 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 1 sur 91

1 Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre;

2 L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires. «Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante. «Art. L.4133-3. –Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu des médecins.

«Art. L.4133-4. –Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code.»

Ainsi, cet article annule l'obligation de FMC et d'EPP, et doit être soumis à un pilotage par une Commission Scientifique Indépendante, sans que son rôle, son organisation et ses relations avec les sociétés savantes existantes ne encore clairement définis.

Les modalités du DPC et de son application ne sont pas encore définies à notre connaissance.

A.3.2.2.4 Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

En 2009 l'Assurance Maladie a lancé un programme d'évaluation des pratiques, baptisé CAPI, qui propose une rémunération à la performance, selon le modèle britannique, par l'atteinte d'objectifs de performance personnels évalués par des standards (appelés *indicateurs*, voir ci-dessous p79 la définition d'un indicateur qualité selon Lawrence) dans les domaines de la prévention, du suivi des pathologies chroniques et de l'optimisation des prescriptions.

Il s'agit d'un modèle sommatif (voir définition infra §A.3.3.3, p81), qui concerne un champ restreint de l'exercice de la médecine générale.

A.3.2.2.5 Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) puis le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)

D'après le portail internet de l'assurance maladie qui présente le FIQCS [34] :

« L'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 crée un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décroisement du système de santé.

Ce nouveau fonds reprend les champs d'intervention du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) - hors financement des actions d'évaluation des pratiques médicale - et de la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), qui fusionnent. Il finance :

- Le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé.
- Les structures contribuant à la Permanence des soins (PDS) : maisons médicales de garde, centre de régulation libérale.
- Les actions ou structures visant au maintien de l'activité et installation en zone déficitaire.
- Les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.
- Les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville.
- Le développement du Dossier médical personnel (DMP). »

Ses actions se sont notamment traduites en Franche-Comté par la décision de faire de l'aide au financement des maisons médicales l'une de ses priorités : « Dans un contexte d'isolement de certains professionnels de santé, le FAQSV souhaite ainsi relayer une volonté nationale d'adéquation entre les besoins de santé de la population et l'offre de soins. » [21]

A.3.2.2.6 Démarches professionnelles

Développées sous forme d'expérimentations, tels que les « Groupes qualité en médecine générale » développés par l'URML Bretagne, ou les « groupes de pairs » de la Société Française de Médecine Générale, évoluant vers des formes de « labellisation » ou d'accréditation.

A.3.2.3 Intégrer l'amélioration de la qualité dans une démarche continue, et dans une dynamique internationale

A.3.2.3.1 Amélioration continue de la qualité

Une démarche d'amélioration est classiquement définie comme un procédé cyclique appelé roue de la qualité (Deming, 1960), reposant, selon un modèle simplifié, sur 4 étapes principales : Planifier, faire, analyser et améliorer (en anglais : Plan, Do, Check, Act) [26].

Le conseil de l'Europe recommande dès 1997 [35] le développement de systèmes qualité définis comme « un ensemble de mesures et d'activités planifiées et intégrées, destinées à assurer et améliorer continuellement la qualité des soins aux patients. »

Un tel système s'appuie sur le concept de Deming, mais Baker⁹ (2004) a mieux décrit les étapes suivantes :

- Sélectionner les thèmes: identification et sélection des problématiques qualité nécessitant une amélioration.
- Spécifier le niveau de performance désiré : sélection de recommandations, de bonnes pratiques ou cibles permettant l'optimisation des soins.
- Evaluer les soins : développer les indicateurs et critères, et organiser le recueil de données pour évaluer la qualité effective des soins.
- Modifier et mettre en œuvre des plans d'amélioration des points faibles identifiés.
- Evaluer les changements.

⁹ Traduit d'après [1] et issu de Baker R, Grol R. Principles and models for quality improvement. In: Jones R, et al. (eds.). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford:Oxford University Press, 2004.

A.3.2.3.2 « Développement de la qualité en médecine générale » :
Les travaux d'EQuiP

La Société Européenne pour la Qualité en Médecine Générale /Médecine de Famille (EQuiP, European Association for Quality in General Practice/Family Medicine) est une organisation en réseau issue de WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).

Selon le portail Internet de l'association, « le but de EQuiP est de contribuer à atteindre des niveaux élevés de qualité des soins pour les patients en médecine générale dans tous les pays d'Europe ». [36]

Leur objectif est donc de participer au développement d'outils et de méthodes de développement de la qualité dans le contexte des soins primaires.

Selon eux, « Quality Development for general/family practice is a continuous process of planned activities based on performance review and setting of explicit targets for good clinical practice with the aim of improving the actual quality of patient care » : « le développement de la qualité en médecine générale est un processus continu d'activités planifiées basées sur des évaluations de performance et sur la détermination de cibles explicites pour de bonnes pratiques cliniques, avec l'objectif d'améliorer la qualité objective des soins » [ibid]. On peut noter qu'actuellement l'expression « développement de la qualité » tend à remplacer « assurance qualité ».

Nous avons donc défini et décrit les concepts de qualité des soins et les démarches d'amélioration de la qualité, qui reposent essentiellement sur un processus d'évaluation objective, répétée ou continue, des soins fournis à un moment donné, et applicables à plusieurs niveaux du système de soins (individus, cabinets, niveau régional ou local, niveau central).

La France, qui fait évoluer actuellement ses démarches qualité individuelles (développement professionnel continu), ne possède ni démarche qualité, ni procédé d'évaluation, soutenus par la HAS, applicable en médecine générale et s'appliquant au niveau du cabinet.

Nous allons maintenant présenter les éléments bibliographiques qui nous ont permis d'appréhender les démarches d'évaluation de la qualité des soins.

A.3.3 EVALUER LA QUALITE DES SOINS

A.3.3.1 Que mesurer?

C'est Donabedian [37] qui a le premier décrit les trois approches possibles dans l'évaluation de la qualité des soins.

- L'approche **structurelle** de la qualité des soins a été définie comme « l'ensemble du cadre et des ressources matérielles, humaines et intellectuelles, qui permettent les soins » (locaux, matériel, médicaments, personnel présent...). Cette approche présente l'avantage de données plus concrètes et accessibles, mais l'inconvénient de devoir démontrer le lien entre structure et résultats du soin.

- L'approche de la qualité par les « **process** » (traductible par « méthode », ou « activités ») de soins : d'après le rapport de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé [32], « **Process** » signifie « utilisation des ressources », distinguée :

- o d'une part en démarche de soins - « clinical process » ou « patient-related processes » - (processus diagnostique et thérapeutique : examen clinique, compétences techniques, examens complémentaires appropriés) en rapport direct avec le patient.
- o d'autre part en l'organisation de ces ressources elles-mêmes (gestion des rendez-vous, des relations avec les autres professionnels de santé, organisation de la continuité des soins, réduction des risques pour les patients et le personnel...).

- Selon Donabedian, les résultats (**Outcomes**) des soins peuvent être eux-mêmes l'objet d'évaluation, définis comme les effets des soins sur l'état de santé des patients ou d'une population, selon des indicateurs comme la mortalité, la morbidité, la qualité de vie...

Grol, Marshal et Campbell [1] replacent la qualité des soins dans le contexte des soins primaires, spécifiques en ce qu'ils s'adressent à un ensemble de problématiques variées et complexes, plus nombreuses et responsables d'une plus grande incertitude que dans les spécialités médicales. Cela signifie selon ces auteurs, que l'évaluation de la qualité dans le contexte de soins primaires doit être différente des démarches appliquées aux soins hospitaliers.

<i>Dimension of quality of care</i>	
Structure (Input)	How resources are allocated in terms of time, place and responsiveness to the needs of populations (<i>access</i>) Fairness in sharing costs and benefits (<i>equity</i>)
Process	How the resources are applied (<i>stewardship</i>) Use of time and resources (<i>efficiency</i>) Avoidance of waste (<i>economy</i>) Reduction of risk (<i>safety</i>) Evidence-based practice (<i>appropriateness</i>) Patient-focused care (<i>continuity</i>) Public/patient information (<i>choice, transparency, accountability</i>)
Outcome	Population health (<i>health improvement</i>) Clinical outcome (<i>effectiveness</i>) Meeting expectations of public and workforce (<i>cost-benefit</i>)

Source: Shaw and Kale, 2002.

Approches de l'évaluation de la qualité des soins – reproduit avec l'autorisation de l'OMS [32]

A.3.3.2 Comment mesurer : nécessité d'un recueil de données au moyen d'indicateurs qualité

A.3.3.2.1 Définition

Un indicateur qualité est « *a measurable element of practice performance for which there is evidence or consensus that it can be used to assess quality and hence change in the quality of care provided* » « un élément mesurable de l'exercice médical pour lequel il existe une preuve ou un consensus permettant de l'utiliser dans le but d'évaluer la qualité et promouvoir un changement dans la qualité des soins fournis ». ¹⁰

C'est un élément à différencier des recommandations et des standards, ces derniers définissant des objectifs à atteindre.

¹⁰ Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997; 3: 103–108.

Ainsi, un indicateur permet de mettre en évidence, à un moment donné, un niveau de performance dans un secteur précis, qui nécessite un examen approfondi, et qui peut s'intégrer dans une démarche de développement de la qualité.

Campbell et al [38] différencient des indicateurs d'activité, qui mesurent la fréquence avec laquelle un évènement survient, des indicateurs de performance, qui sont des outils statistiques permettant de contrôler un fonctionnement (par exemple l'utilisation de ressources), et des indicateurs qualité, qui permettent un jugement qualitatif.

A.3.3.2.2 Attributs

Campbell et al [ibid] définissent également les attributs qui permettent de valider un indicateur : il doit être :

- **Valide** (représenter le concept évalué avec précision, et doit être défini par évidence ou consensus) ;
- **Reproductible** (l'application de la même méthode de développement devrait produire le même indicateur) ;
- **Utilisable** (correspondre à des données précises et disponibles) ;
- **Acceptable** (au concept ou à ceux qui sont évalués) ;
- **Fiable** ;
- Et **sensible** aux changements (peut détecter des changements de qualité.)

A.3.3.2.3 Méthodes de développement d'indicateurs qualité

Les principales techniques permettant le développement et la validation d'indicateurs qualité sont résumées dans les publications que nous avons consultées (ibid) :

- Technique DELPHI : méthode de consensus reposant sur le développement de questionnaires, envoyés par courriers à un panel d'experts, qui valident les données. Plusieurs tours d'envois postaux sont effectués la plupart du temps.
- Une conférence de consensus est organisée par un promoteur qui réunit un certain nombre d'experts, qui débattent et dégagent un consensus.
- La technique de Groupe Nominal réunit des experts qui suggèrent, valident et priorisent un certain nombre de questions, qui sont dans un deuxième tour à nouveau discutées et revalidées.

- Technique RAND : Combine les technique Delphi et technique nominale de groupe, avec une revue de littérature et détermination d'un panel d'experts, élaboration d'un premier set d'indicateurs qui est soumis par courrier à validation par le panel d'experts, puis réunion de ces experts qui discutent et revalident les indicateurs sélectionnés.
- Les indicateurs qualité peuvent être dérivés des recommandations cliniques officielles, en utilisant une procédure de consensus utilisant les mots-clés de ces recommandations.

A.3.3.3 Objectifs de l'évaluation

A.3.3.3.1 Evaluation formative

Elle permet un apprentissage, un bilan avec un objectif d'amélioration de celui qui est évalué. Elle repose sur un processus d'évaluation et une démarche qualité « interne ». Certaines publications tendent à utiliser le terme « d'évaluation qualité » pour qualifier ce type de démarche porté par les professionnels de santé [2].

A.3.3.3.2 Evaluation sommative

Elle s'inscrit dans le cadre d'une justification, un état des lieux orchestré par un tiers, dans un processus d'évaluation externe permettant d'offrir aux responsables politiques, financiers, des données garantissant un niveau de qualité escompté (domaine du contrôle). Certaines publications utilisent l'expression « assurance qualité » pour de telles démarches.

A.3.3.3.3 Accréditation et Certification [39]

L'accréditation peut être définie comme une « *official recognition, acceptance or approval of someone or something involving an assessment of an organization against explicit published standards to encourage best management practice* » : une « reconnaissance officielle, acceptation ou approbation de quelqu'un ou quelque chose, mettant en œuvre une évaluation systématique d'une organisation au regard de standards explicites pour encourager une meilleure organisation de la pratique ».

Appliquée au soins primaires, l'accréditation est une « *method of checking and standardizing the provision and quality of health care provided by practices to focus attention on continuous quality improvement by assessing the level of conformity to a set of pre-determined targets or standards* »¹¹ c'est-à-dire « une méthode de vérification et de standardisation de l'offre et de la qualité des soins fournis par les cabinets, pour attirer l'attention sur l'amélioration continue de la qualité en évaluant le niveau de conformité à un ensemble de standards ou de cibles prédéterminées ».

La certification est « *a process that moves beyond licensure whereby an individual or organization is recognized officially by an authorized external agency as meeting predetermined requirements or standards* »¹² : « une méthode qui dépasse le simple permis d'exercer, et par laquelle un individu ou une organisation est reconnu officiellement, par une agence externe autorisée, comme remplissant les exigences déterminées ». Elle permet de garantir une compétence (individuelle ou au niveau d'un cabinet) au regard de standards nécessaires à une autorisation d'exercer.

A.3.3.3.4 Evaluation externe : distinction d'un système « obligatoire et réglementaire » et d'un système « éducationnel »[39]

Un système dit « réglementaire et obligatoire » (« *mandatory and regulatory system* »¹³) est lié à la définition de standards et d'objectifs à atteindre, dans le cadre d'un jugement et d'une autorisation. Or, les standards et la définition même de qualité des soins ne sont pas consensuels. De plus, il n'existe pas actuellement de preuve d'une amélioration des pratiques obtenue avec ces méthodes.

¹¹ D'après Scrivens E. A taxonomy of accreditation systems. *Journal of Social Policy and Administration* 1996; 20: 114–124.

¹² D'après Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2004; 12: 129–135.

¹³ D'après Shaw CD. External assessment of health care. *BMJ* 2001; 322: 851–854.

Un système « éducationnel » (« educational system ») repose sur des démarches encourageant l'amélioration de la qualité, en se concentrant sur l'éducation, l'auto-développement, l'amélioration des performances et la réduction des risques, grâce à des organisations, des institutions ou des individus formés et autorisés à fournir ces prestations, indépendamment d'un objectif de performance. Une telle approche rejoint une évaluation formative, avec un objectif d'apprentissage et d'éducation, en considérant que « Education and learning at the organizational level are the primary drivers for quality improvement and change » : « Education et apprentissage au niveau organisationnel sont les fils conducteurs permettant l'amélioration de la qualité et le changement ».¹⁴

Ainsi, l'évaluation de la qualité des soins s'intègre de plus en plus dans une approche globale et internationale, constituant l'un des pré-requis au développement de systèmes d'amélioration de la qualité définis par le conseil de l'Europe, qui engage les différents états membre à promouvoir de telles démarches. On distingue deux formes d'évaluation, interne et externe, qui renvoient à deux types de responsabilités (professionnelle et politique) et deux systèmes d'évaluation (éducationnel et obligatoire) qui sont présentés comme concurrentes ou opposées et qui doivent être, selon les auteurs que nous avons consultés, développés de façon équilibrée, en favorisant l'éducation plutôt que la régulation.

On constate l'émergence de systèmes intermédiaires, comme ceux développés en Allemagne, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie, en Nouvelle Zélande.

¹⁴ D'après Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996; 312: 619–622.

A.3.4 Aperçu de méthodes d'évaluation de la qualité des soins, développées au niveau international [40]

A.3.4.1 Démarches d'évaluation externe « commerciales »

Elles sont issues du monde de l'entreprise. On trouve essentiellement « L'European Quality award » de « l'European foundation for Quality Management » et l'ISO 9001 :2000 de l'International Standards Organisation.

A.3.4.2 Démarches d'évaluation dirigées par les pouvoirs publics

On peut citer par exemple la Health and Social Care Team Award, mise au point par le Department of Health en 2001 au Royaume-Uni, qui vise à récompenser les initiatives permettant de rompre les barrières entre soins cliniques et actions sociales.

A.3.4.3 Démarches d'évaluation professionnelles

Selon Rhydderch et al, elles se caractérisent par l'implication des pouvoirs publics et des Collèges de Médecine Générale de chaque pays, une approche éducationnelle, une évaluation grâce à une visite sur site et des standards qui sont actualisés et republiés tous les quatre à six ans.

Il s'agit de systèmes d'évaluation de la qualité utilisés en Australie (développement de *National Standards* par le *Royal Australian College of General Practitioners*), en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, dont la méthode d'évaluation des cabinets, appelée Visit in Practice, a été développée par un médecin généraliste (le Dr Van den Hombergh, du Centre for Quality of Health Care (WOK) de l'université de Nijmegen), et au Royaume-Uni (la Quality Team Development Award et la Quality Practice Award développées par le Royal College of General Practicioners - RCGP). Nous reviendrons sur les politiques qualité mises au point dans ces pays lors de notre discussion.

Le « Maturity Matrix » (Dr Elwynn, Cardiff University) a été développé entre 1998 et 2003, avec pour objectif l'évaluation du degré de développement organisationnel des Primary Care Organizations britanniques. Il a depuis été traduit et utilisé dans le même objectif dans plusieurs pays européens, en utilisant un outil formatif dans le cadre d'une visite sur site.

L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) développe le Health Care Quality Indicator (HCQI) Project, projet destiné à centraliser l'ensemble des démarches et des indicateurs qualité développés par les différentes équipes.

L'European Practice Assessment est un outil développé par une équipe internationale de chercheurs, dans un but d'évaluation et de développement de la qualité des cabinets médicaux, avec une dimension européenne. Nous détaillerons le principe et le développement de cet outil, dont les indicateurs ont servi de base à notre travail. D'après Dautzenberg et Engels [40] « *The aim of EPA was to create a quality assessment and quality improvement tool focusing on the organization and management of primary care that would be applicable throughout Europe* » : « le but d'EPA était de créer un outil d'évaluation de la qualité et d'amélioration de la qualité se concentrant sur l'organisation et la gestion des soins primaires, qui serait applicable à travers l'Europe ».

A.4 PROBLEMATIQUE DEGAGEE ET OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE

A.4.1 PROBLEMATIQUE : INSCRIRE L'EXERCICE MEDICAL EN MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES DANS UNE APPROCHE DE LA QUALITE DES SOINS

L'évolution conjointe des besoins de soins d'une part, et des besoins concernant les modes d'organisation des soins de premier recours (soins primaires) d'autre part, relevant en partie de la volonté des professionnels de santé (notamment les plus jeunes), est une réalité prise en compte par les institutions. Nous avons ainsi pu vérifier que l'exercice regroupé, sous différentes formes, parmi lesquelles les MSP, peut correspondre à ces attentes. Les préoccupations les plus récentes intègrent néanmoins une volonté de rationalisation de ces structures, comme le laissent entendre les termes de labellisation et de certification, alors que les économistes de la santé évoquent une piste d'amélioration de la productivité, de la qualité et de l'efficience des soins.

Nous avons donc choisi d'aborder le thème de la qualité des soins, de façon bibliographique d'abord, puis en tentant d'établir un lien avec l'exercice dans ces structures que le législateur classe parmi les «formes les plus abouties de structuration de l'offre de soins de premier recours». [7]

Ce cheminement s'est fait après de nombreuses discussions avec les chercheurs de l'IRDES, lors de l'étude qu'ils ont menée en 2008 auprès de neuf MSP franc-comtoises et bourguignonnes [3], et à laquelle ils ont accepté de nous associer (en participant notamment au recueil de données lors des visites sur sites). **« L'objectif principal de [cette] étude [était] de préciser les spécificités des MSP au regard de la pratique de groupe (sans autre professionnel que des médecins) ou de la pratique individuelle en médecine générale. »**

Nous avons ensuite choisi d'approfondir nos connaissances et notre travail par une approche de la qualité des soins dans leur aspect structurel et organisationnel.

On peut résumer notre problématique comme suit :

- Dans un contexte de préoccupation croissante autour de la qualité des soins, de son évaluation et de son amélioration, peut-on identifier et utiliser, d'après la littérature internationale, des indicateurs permettant d'évaluer comment les MSP peuvent s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins?

- Si de nombreuses démarches d'évaluation des résultats des soins primaires (Outcomes, indicateurs de performance) semblent privilégiées, peut-on utiliser des outils concernant les aspects structurels et organisationnels de ceux-ci (« practice management »)?

- Peut-on utiliser un tel outil dans une démarche d'accréditation ou de labellisation des MSP ?

A.4.2 OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL

Analyser un échantillon de maisons de santé pluridisciplinaires au regard d'une grille d'évaluation de la qualité, en s'attachant à l'approche *structurelle* et *organisationnelle* des soins, ne s'intéressant pas aux résultats des soins, et en reprenant le cadre conceptuel de « **Practice management** » : l'équipe de chercheurs du projet EPA [41] a défini ce concept qu'on peut traduire par « Gestion de l'exercice médical » comme « l'ensemble des systèmes (structures - « **Structure** » - et méthodes - « **Process** »-) permettant de délivrer aux patients des soins de bonne qualité, excluant les processus cliniques (« clinical process ») et les résultats des soins - « **Outcomes** ».

B MATERIEL ET METHODES:

B.1 METHODE D'ELABORATION DE NOTRE GRILLE **D'ANALYSE**

Il nous a semblé judicieux de nous intéresser à deux outils utilisés dans une démarche qualité des cabinets de médecine générale libérale, adressés particulièrement à des structures de groupe, et correspondant aux objectifs de notre travail : l'European Practice Assessment, et le Quality and Outcomes framework.

B.1.1 TRADUCTION ET SELECTION DES INDICATEURS DE L'OUTIL **EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT (EPA)**

B.1.1.1 Comment nous sommes-nous intéressés à cet outil ?

C'est la lecture du rapport belge du centre fédéral d'expertise des soins de santé [2], qui nous a permis de prendre connaissance des recherches de cette équipe internationale de chercheurs, utilisant notamment les moyens des associations EQuiP et TOPAS Europe, regroupements de chercheurs impliqués dans le développement de la qualité des soins en médecine générale.

Notre recherche bibliographique nous a permis d'accéder aux publications concernant le développement et l'étude de validation de cet outil, au niveau européen.

Par la suite, un contact avec Mr le Pr Falcoff (de la Société Française de Thérapeutique du Généraliste, associée à ce projet) nous a permis d'utiliser la dernière version publiée (v2008) des indicateurs qualité développés dans ce projet, grille d'indicateurs également disponible sur le site Internet de EQuiP [42].

B.1.1.2 Un outil adapté aux objectifs de notre thèse :

Il a été développé sous la coordination du Centre for Quality of Care Research (WOK, Université de Nijmegen) aux Pays-Bas et du Bertelsmann Stiftung en Allemagne. Mr le Professeur Richard Grol (directeur du WOK) en était le coordonnateur central.

EPA avait les objectifs suivants (traduction d'après [40]) :

- Développer un cadre conceptuel pour la gestion et l'organisation du cabinet.
- Développer un ensemble d'indicateurs basés sur ce cadre conceptuel.
- Valider cet ensemble d'indicateurs au niveau européen.
- Utiliser les indicateurs comme socle d'un outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité applicable à travers l'Europe.
- Tester la faisabilité de l'outil d'amélioration de la qualité par une étude pilote dans au moins six pays européens.
- Réaliser des comparaisons internationales des résultats de l'étude pilote dans les pays participants.
- Fournir des recommandations pour l'amélioration et le développement ultérieur de l'outil.

L'idée développée par ces chercheurs était donc de parvenir à une méthode développée et validée dans différents pays, permettant le développement d'un outil d'évaluation *formative* et *éducative*, et d'amélioration de la qualité d'exercice en médecine générale.

B.1.1.3 Comment a été développé cet outil?

B.1.1.3.1 Pays et équipes impliquées [43]

Les études de développement de cet outil se sont déroulées entre 2001 et 2004, impliquant l'Autriche (Austrian Medical Association de Vienne), la Belgique (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen – Berchem), la Suisse (institut SwissPEP de Gumligen), l'Allemagne (AQUA-Institut, Göttingen & Abteilungen Allgemeinmedizin, Heidelberg et Francfort), la France (SFTG), la Grande-Bretagne (National Primary Care Research and Development Centre, Manchester et Université de Galles), Israël (Family Medicine Department, Haifa) et la Slovénie (Université de Ljubljana).

B.1.1.3.2 Cadre conceptuel de « practice management» constitué de cinq « domaines », subdivisés en « dimensions »

La première étape fut la définition du cadre conceptuel (*conceptual framework*) de « *Practice Management* », qui, traduit en français, peut prendre deux sens : Gestion du cabinet médical ou gestion de l'exercice médical. Nous avons choisi de considérer le deuxième sens (gestion de l'exercice) dans le cadre de notre travail.

L'équipe de chercheurs a retenu la définition suivante de Practice Management : « *systems (structures and processes) meant to enable the delivery of good quality patient care* » : « systèmes (structures et méthodes) destinés à permettre de délivrer des soins de qualité aux patients ». [41]

Cinq « **domaines** » ont ensuite été déterminés (Infrastructure, Personnel, Informations et données, finances, qualité et sécurité) puis subdivisés en « **dimensions** ».

B.1.1.3.3 Méthode de développement des Indicateurs Qualité [41]

Les méthodes Delphi et RAND ont été employées. Un panel d'experts s'est tout d'abord réuni à Nijmegen pour déterminer un premier set d'indicateurs (171 au total), puis deux tours d'envois postaux ont été réalisés, à destination de 6 panels de 10 experts dans chaque pays impliqué. Le premier tour postal permet de dégager 168 indicateurs validés comme clairs et utiles (que nous appellerons **premier PANEL**). Le deuxième tour a permis de valider 62 indicateurs qualité comme valides par l'ensemble des experts (que nous appellerons **deuxième PANEL**).

B.1.1.3.4 Démarche de validation de l'EPA :

D'après l'étude pilote novembre 2003 – mars 2004 [44]

Elle consiste en les étapes suivantes :

- Mise au point de questionnaires à partir des indicateurs qualité, à destination du personnel, des patients (questionnaire Europep), du praticien responsable du cabinet.
- Une visite sur site est alors organisée par le « practice visitor » (visiteur de cabinet), avec interview du praticien référent, observation du site grâce à une « observation checklist » (liste d'observation), permettant de valider les indicateurs qualité.
- Réunion de restitution dans la même journée, possible grâce au développement d'un logiciel appelé VISIO-TOOL®, permettant la détermination de cibles d'amélioration de la qualité, mises en lumière par la non validation de certains indicateurs.

L'étude de validation a consisté en l'application de cette méthode sur le terrain, dans 270 cabinets de groupe et d'exercice en solo, dans les neuf pays impliqués.

B.1.1.4 Traduction, choix et inclusion des indicateurs qualité dans notre étude

B.1.1.4.1 Traduction de l'ensemble des indicateurs de la version 2008 (ANNEXE 1)

L'ensemble des indicateurs tels que fournis par Mr le Pr Falcoff (indicateurs disponibles dans le document de TOPAS Europe [43]) ont été traduits par nos soins.

Il faut noter que cette liste correspond à une évolution des indicateurs qualité depuis l'étude initiale et l'étude pilote de 2004, et nous avons choisi de sélectionner, d'une part ceux qui avaient été utilisés dans l'étude pilote de validation de cet outil [44], et d'autre part ceux qui nous semblaient les plus pertinents dans le cadre de l'exercice en MSP françaises. Nous avons choisi de reprendre les noms des cinq « domaines » et des « dimensions » associées.

B.1.1.4.2 Sélection des indicateurs qualité : voir **ANNEXE 3**

B.1.1.4.2.1 Sélection des indicateurs qualité de l'étude pilote EPA (2004)

Dans l'objectif de pouvoir observer les résultats obtenus par les cabinets médicaux européens et si possible les cabinets français lors de l'étude pilote, nous avons choisi de conserver en priorité **l'ensemble des indicateurs qui ont été utilisés sur le terrain de l'étude de validation (d'après [44] et [45]) (critère d'inclusion)**, et qui correspondent au premier et/ou deuxième panel (premier et deuxième tour de la méthode DELPHI).

B.1.1.4.2.2 Inclusion d'autres indicateurs de l'outil EPA, adaptés selon nous au cadre d'exercice en MSP

Dans le **cadre spécifique des MSP**, nous avons inclus certains indicateurs qualité de la version 2008 relevant selon nous :

- de **certaines missions ou objectifs des MSP clairement définis** par les pouvoirs publics et les fédérations de MSP dans les différents rapports analysés dans notre exposé (notamment d'après les recommandations issues du colloque de Besançon [27]):
 - Satisfaction des personnels quant à l'exercice de leur profession (indicateurs n°34 à 47) ;
 - Satisfaction des usagers (questionnaire EUROPEP) ;
 - Terrain de formation initiale (indicateurs n°53 à 55) ;
 - Réalisation de démarches de prévention (indicateur n°70) ;
 - Amélioration de la coordination de l'équipe (indicateur n°8) ;
 - Participation à l'organisation de la permanence des soins (indicateur n°89) ;
 - Développement d'une démarche qualité traduite par :
 - la formation continue de l'ensemble du personnel (indicateurs n°57 à 59)
 - des réunions de coordination, de coopération et politique qualité (indicateurs n°101 à 107, n°111, 112 et 114).
 - la protocolisation de démarches de soins et d'organisation internes : indicateurs relatifs à l'hygiène au cabinet : n° 115 et 117 à 122).
- de **l'utilisation des nouvelles technologies**, tant nous est apparue importante la problématique du recueil de données, de leur protection, permettant leur éventuelle utilisation dans des études analytiques : indicateurs n°23 et 25 ; 66, 67, 69 ; 80, 82, 83 ; 94 et 97.

B.1.2 TRADUCTION ET SELECTION D'INDICATEURS DU QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK (QOF).

B.1.2.1 Contexte : le « New General Medical Service Contract » de 2004

D'après D Bernstein (CNAMTS, [46]) et le Department of Health britannique [47].

Issu de négociations entre le National Health Service, le Department of Health et le General Practitioners Committee du principal syndicat de médecins, le British Medical Association, cette convention fait suite à de nombreuses réformes menées au cours des années 1990, qui ont conduit notamment à la constitution des Primary Care Trust (PCT) dont nous avons déjà parlé (§ A.2.2.2). Il introduit notamment deux modes d'exercice contractuel pour les médecins généralistes, soit dans le cadre de la convention nationale, soit dans le cadre d'un contrat direct avec un PCT local ou un cabinet.

Récemment, on a également vu se renforcer le regroupement des professionnels de santé britanniques, souvent sous la forme de groupe multidisciplinaires (seuls 31 % des généralistes exercent seuls, d'après le RCGP en 2006) : selon D. Bernstein [46], « un cabinet moyen comprend en 2006, 4 médecins, 2,4 infirmières (Equivalent Temps Plein - ETP) et 6,6 autres ETP (essentiellement du personnel administratif) ». Ces réformes ont abouti à une modification des modes de rémunération des médecins généralistes anglais, avec une part de capitation, une part à la performance, et une part à l'acte.

Des moyens ont été engagés par le gouvernement pour la reconnaissance de la qualité des soins et de leur organisation, à travers le Quality and Outcomes Framework, « Cadre pour la qualité et les résultats ». Il s'agit d'une démarche volontaire qui détermine la part de rémunération variable des cabinets selon l'atteinte d'objectifs.

L'accent a également été mis sur la modernisation des locaux et des moyens en technologies de l'Information, indispensables pour l'analyse et la mise en œuvre du QOF. Une plus grande flexibilité dans les soins a été privilégiée, par la réalisation de « services additionnels », et par de nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins.

B.1.2.2 Développement des indicateurs qualité du QOF

Le QOF est composé de quatre « domaines » principaux : domaine clinique, domaine organisationnel, expérience des patients, et services additionnels.

La pertinence d'associer dans un même outil des indicateurs qualité provenant de démarches différentes a été soulevée au cours de notre travail. Il semble en effet que l'outil servant de base à la performance des cabinets, appliqué dans un but sommatif, soit peu compatible avec la démarche formative, éducative et professionnelle de l'EPA.

Pourtant, les principes du QOF même semblent correspondre à notre démarche, puisque selon le Department of Health [47], « *The Quality and Outcomes Framework is a voluntary system of financial incentives. It is not about achieving targets or PCT performance management but rewarding contractors for good practice through participation in an annual quality improvement cycle* » : « le QOF est un système volontaire d'incitation financière. Il ne s'agit pas d'atteindre des objectifs ou de la seule gestion de la performance des PCT, mais de récompenser les contractants pour leur bonne pratique, à travers la participation à un cycle annuel d'amélioration de la qualité ». « *The QOF reflects a cycle of continuous quality improvement* » : « Le QOF repose sur un cycle d'amélioration continue de la qualité. »

La question de l'origine des indicateurs qualité utilisés est également cruciale, afin de ne pas introduire de biais par leur utilisation dans notre travail. D'après le même document [47], qui fixe les bases du QOF, « *Many of the organisational indicators are derived from existing evidence-based schemes such as the Royal College of General Practitioners (RCGP) Quality Team Development and Practice Accreditation Scheme* » : « Beaucoup des indicateurs organisationnels sont dérivés de méthodes validées scientifiquement, comme la Quality Team development et le Practice Accreditation Scheme, développés par le collège royal des médecins généralistes. »

D'autre part, le Good Medical Practice, publié par le General Medical Council, équivalent d'un guide de bonnes pratiques adressé aux médecins généralistes, a inspiré plusieurs indicateurs organisationnels (d'après le guide des indicateurs du QOF, publié chaque année [48]).

Il s'agit donc d'indicateurs développés par les sociétés savantes dans le cadre de processus d'évaluation externe, la Quality Practice Award et le Quality Team development, démarches professionnelles volontaires d'amélioration de la qualité reposant sur une visite de cabinet, réalisée par des pairs, à partir d'indicateurs développés par le RCGP. Il ne s'agit pas d'un système « obligatoire ».

Il nous a donc semblé pertinent d'utiliser ces indicateurs.

Depuis 2009, le développement ultérieur du QOF a été confié à une équipe de recherche collaborative impliquant le National Primary Care Research and Development Centre de Manchester (NPCRDC), le Centre for Health Economics de l'Université de York, le York Health Economics Consortium, sous la responsabilité du National Institute for health and Clinical Excellence (acronyme NICE).

B.1.2.3 Traduction et Sélection d'indicateurs qualité

- Nous avons sélectionné et traduit les « indicateurs organisationnels », avec leurs dimensions « dossier et informations relatives aux patients », « informations aux patients », « formation initiale et continue », « gestion de l'exercice et du cabinet » (« practice management »), « gestion des traitements », qui correspondent au cadre conceptuel de « quality management » que nous avons privilégié.

- Nous avons écarté les standards, qui contiennent un objectif de performance et/ou nécessitant une extraction de données quantitatives (exemple « *La consommation de tabac des patients de 15 à 75 ans est enregistrée pour au moins 55 % des patients.* »). Le set d'indicateurs a ensuite été restreint à ceux utilisables dans le contexte de la pratique en MSP françaises, orientés sur les aspects Structure et Organisation, applicables à priori dans une démarche d'évaluation professionnelle : **ANNEXE 2.**

- Nous avons choisi de distribuer ces 27 indicateurs dans les domaines et dimensions correspondants de l'outil EPA que nous avons simplifié.

- De nombreux indicateurs qualité du QOF montrent une formulation similaire à ceux de l'EPA. Nous avons choisi de conserver celle de l'EPA.

- Cet outil « final », composé d'indicateurs qualité sélectionnés parmi ceux de l'EPA et du QOF, en comporte 158 (en incluant le questionnaire satisfaction des patients Europep) : **ANNEXE 3.**

B.1.3 REALISATION D'UN OUTIL SIMPLIFIE POUR NOTRE THESE

ANNEXE 4

Devant la lourdeur de la procédure EPA complète telle qu'elle est décrite [43], et l'étude IRDES [3] ayant été réalisée quelques mois auparavant, mobilisant à de nombreuses reprises les professionnels de santé, nous avons choisi de simplifier notre outil, afin de permettre une évaluation des MSP dans le cadre de notre thèse, et de limiter les sollicitations des professionnels de ces structures.

Sur le plan du cadre conceptuel, **nous avons choisi d'écarter le domaine *Finances***, devant la difficulté de recueillir sur le terrain les informations pertinentes, et le sujet, sensible, ayant déjà été décrit lors de l'étude IRDES [3].

Sur le plan du domaine «*PERSONNEL ET USAGERS* », l'ensemble des professionnels de santé ayant déjà été soumis à un questionnaire satisfaction lors de l'étude IRDES [3], nous avons choisi, par respect pour eux, et devant le caractère volontaire de la démarche, de ne pas les importuner avec un nouveau questionnaire.

Cet aspect « satisfaction » des professionnels de santé, abordé dans l'EPA (mais pas dans le QOF), et concerné par neuf indicateurs, n'a donc pas été réévalué dans notre travail.

Nous n'avons pas réalisé d'enquête satisfaction patient (questionnaire Europep), ceci étant le sujet de thèse de Karine Sigillo-Jendoubi [9]. Le domaine « *PERSONNEL ET USAGERS* » a donc été écarté.

De plus, dans le but de simplifier notre démarche, il nous est apparu :

- que certains indicateurs correspondaient à la déclinaison d'un autre indicateur, avec une redondance peu utile (les n° 61, 62, 63 correspondent à une déclinaison du n° 60 – « *Une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible* » ; le n°65 est une déclinaison du n° 64 « Des brochures d'informations sont disponibles et accessibles en salle d'attente » ; les indicateurs n°111 et 112 sont des déclinaisons du n°110 « Il existe une procédure de gestion des plaintes ») ;
- que d'autres correspondaient à une définition peu adaptée au contexte français ou qui nous échappait (dimension « médecine préventive » ; Indicateurs n°113 et 114, relatifs à la gestion d'incidents critiques) ;
- ou qu'ils reposaient sur des outils ou des recommandations non répandus en France mais pourtant validés dans l'outil EPA :
 - Indicateur n°88 « Il y a un répertoire à jour des correspondants locaux » ;
 - Indicateurs n°90 et 91, qui reposent sur l'opportunité, pour les professionnels des MSP, d'avoir rapidement connaissance des recours, par leurs patients, aux médecins et services de garde ;
 - Indicateur n°108 « L'équipement médical (ophtalmoscope, instruments...) est vérifié et réglé régulièrement selon les réglementations nationales », sans que nous ayons connaissance de réglementations nationales.

L'indicateur n°89 (« Il y a une organisation entre les professionnels assurant la permanence des soins ») a été écarté, car l'organisation de la permanence des soins est obligatoire en France. Il nous a semblé qu'une autre formulation, s'attachant à la participation à la permanence des soins, s'adapterait mieux dans le contexte français.

Dans la dynamique récente des expérimentations concernant les nouveaux modes de rémunération, il nous a semblé important de conserver les indicateurs concernant la gestion des dossiers médicaux (n°73 à 87). Leur validation a été réalisée sous une forme déclarative (courrier électronique ou entretien téléphonique avec les médecins généralistes référents de l'étude IRDES), sans mesure objective (qui aurait nécessité un échantillonnage de dossiers informatisés, et consultation de ces dossiers lors d'une visite sur site). L'étude de validation EPA a eu recours aux mêmes méthodes [44].

Nous discuterons de chaque indicateur écarté dans notre dernière partie.

Nous avons finalement obtenu un deuxième tableau comportant 80 indicateurs : Annexe 4.

B.2 INCLUSION DES MSP ET ECHANTILLONNAGE

B.2.1 CRITERES D'INCLUSION

- Nous avons utilisé les données issues de l'étude menée en 2008 par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), dont nous avons parlé, et pour laquelle nous avons participé aux visites sur sites et au recueil des données [3].
- Il n'existait aucune définition « officielle » ou consensuelle des MSP au moment des réflexions concernant cette étude, qui avait un caractère « exploratoire ».
- Toutes les maisons de santé ouvertes en Bourgogne et en Franche-Comté au 1er janvier 2008, dans lesquelles exerçaient au moins un couple médecin généraliste - infirmière et une troisième profession médicale ou paramédicale ont été analysées.
- Une liste exhaustive a été fournie par les URCAM de Bourgogne et de Franche-Comté.

B.2.2 ECHANTILLON OBTENU

Au total, neuf MSP ont été incluses, six en Franche-Comté et trois en Bourgogne, ce qui représente 107 professionnels de santé.

B.3 RECUEIL DES DONNEES

B.3.1 RECOUPAGE AVEC LES DONNEES STRUCTURE DE L'ETUDE IRDES

Nous avons, lors de l'étude IRDES, personnellement ou en binôme avec l'un des chercheurs de l'IRDES, assuré la visite sur site de cinq MSP, permettant l'interview avec le médecin référent, et le recueil des questionnaires qui avaient été préparés et envoyés quelques semaines plus tôt :

- Un questionnaire structure.
- Un questionnaire par professionnel de santé distribué aux MG, et aux paramédicaux.
- D'après ceux utilisés dans l'étude «l'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons » [20].

Ces visites se sont échelonnées entre le 4 juillet et le 26 septembre 2008.

Nous avons ensuite, pour notre travail, utilisé les données issues des visites sur le site d'une autre MSP franc-comtoise et de trois MSP bourguignonnes, avec l'autorisation de l'IRDES.

La constitution définitive de notre outil ayant été contemporaine à ces visites, nous avons pu réaliser, a posteriori, la validation des indicateurs qualité de notre outil, documentés grâce aux bases de données disponibles.

B.3.2 ÉLABORATION DE QUESTIONNAIRES LISTANT LES INDICATEURS NON VALIDES GRACE AUX DONNEES IRDES

Nous avons pu constituer, pour chaque MSP, une liste des indicateurs non validés. Un questionnaire a été réalisé, et soumis aux professionnels des MSP, entre le 28 mai et le 4 juin 2009.

B.3.2.1 Recueil de données au moyen d'entretiens téléphoniques avec les secrétaires d'accueil ou de direction

B.3.2.2 Recueil de données au moyen d'entretiens téléphoniques avec les médecins référents lors de l'étude IRDES : pour trois MSP

B.3.2.3 Recueil de données au moyen d'un courrier électronique aux médecins référents des six autres MSP

B.4 ANALYSE DESCRIPTIVE DES MSP, D'APRES LES DONNEES IRDES [3]

B.4.1 STRUCTURES : CONCEPTION ET ENVIRONNEMENT

Huit MSP sont situées en zone rurale, dont une en zone rurale en voie de périurbanisation. Une seule est située en zone urbanisée. Trois de ces MSP sont installées au niveau de la zone commerciale d'un bourg.

B.4.1.1 Historique

Deux MSP sont anciennes, créées en 1974 et en 1983. Les sept autres ont été ouvertes dans les années 2000 : une en octobre 2001, deux en 2005 (mai et novembre), quatre en 2007 (janvier, février, juin et la plus récente en décembre).

Le délai entre les premières réflexions et l'ouverture de la MSP varie entre un et cinq ans. En moyenne il est de deux ans et demi. Pour les MSP les plus récentes, la durée des travaux (entre la pose de la première pierre et l'ouverture), varie de cinq à quinze mois. En moyenne elle est de 10.5 mois.

On peut noter que quatre des six MSP de Franche-Comté (toutes celles ouvertes depuis 2001) avaient fait appel à une société promotrice pour les aider dans l'ingénierie de leur projet. Seuls deux projets ont abouti avec cette société. Les deux autres (MSP les plus petites en nombre de professionnels de santé) se sont désolidarisés, a priori pour des problèmes de conception architecturale, et se sont montés, ensuite, sans aide extérieure. En Bourgogne, une seule MSP a fait appel à une société d'ingénierie de projet. Il s'agit de celle dont le projet a été porté et élaboré principalement par les collectivités locales sans l'implication d'un médecin.

Tous les projets sont à l'initiative des professionnels de santé, médecins généralistes et autres. Un seul projet est à l'initiative des infirmières (IDE) du secteur. Il a ensuite été principalement porté et financé par les élus puis livré « clés en main » au médecin qui a été recruté. L'idée et la réalisation de la maison font, en général, suite à un événement déclencheur, comme le départ en retraite d'un des médecins généralistes du secteur.

Au moment du projet, les médecins généralistes et les IDE de chaque MSP se connaissaient, sauf pour celle où les médecins ont été recrutés ensuite. En général les IDE exerçaient déjà en groupe. L'association entre les médecins généralistes a eu lieu le plus souvent entre ceux du secteur ou avec leurs remplaçants ou stagiaires.

B.4.1.2 Bases du projet

B.4.1.2.1 Structures juridiques

Huit MSP possèdent une forme juridique pour la structure. L'association et la société civile immobilière (SCI) sont les plus fréquentes et concernent respectivement trois et quatre MSP. Une MSP est en copropriété. Lorsqu'il s'agit d'une association, celle-ci n'est pas propriétaire des locaux, mais les loue à la municipalité grâce aux subventions qu'elle perçoit et au loyer reversé par les professionnels de santé.

Concernant les professionnels de santé, huit MSP ont constitué une société civile de moyens (SCM) entre eux.

Six MSP ont, de plus, un statut juridique particulier entre les médecins généralistes. On retrouve deux SCM, un contrat d'exercice en commun (CEC), une société civile professionnelle (SCP), une SCI et une Société De Fait (SDF).

Les IDE de six MSP ont également un statut juridique indépendant : deux sont en SCP, deux en SDF, une en SCI et une en SCM.

Trois MSP possèdent un règlement intérieur et une est en train d'en élaborer un.

B.4.1.2.2 Investissement financier

Deux cas de figure prédominent : les collectivités locales (Mairie/Commune, communauté de communes, pays, conseil régional, conseil général) se sont impliquées dans la création de cinq MSP, partiellement ou totalement, du financement du terrain, de la réalisation des abords jusqu'à la construction du bâtiment, loué aux professionnels de santé. Parmi elles, trois MSP ont été conçues sans fonds privés. Quatre MSP franc-comtoises n'ont été financées que par des fonds privés.

B.4.2 LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LES MSP VISITEES

B.4.2.1 Constitution des équipes multidisciplinaires

Type de profession de santé	MSP 1	MSP 2	MSP 3	MSP 4	MSP 5	MSP 6	MSP 7	MSP 8	MSP 9	Total
MG	2	2	2	4	5	9	3	7	5	39
IDE	2	3	2	2	2	3	2	5	3	24
MK			1		3		2	4	2	12
Pédicure/ podologue		1	1				1	2	2	7
Orthophoniste				1			1	2	2	6
Sage-femme						1	1		2	4
Dentiste	1			2			1			4
M S					1				3	4
Psychologue			1	1			1		1	4
Diététicienne							1		1	2
orthoptiste									1	1
Nombre total	5	6	7	10	11	13	13	20	22	107
Professions différentes	3	3	5	5	4	3	9	5	10	11

Tableau B.1 : Composition des équipes pluridisciplinaires des neuf MSP de l'échantillon – Source : IRDES

MG : Médecins généralistes ; IDE : Infirmières diplômées d'Etat ; MS : médecins spécialistes ; MK : Masseurs-kinésithérapeutes

Au total, 107 professionnels de santé exercent au sein des MSP (sans compter les secrétaires).

Leur nombre varie de 5 à 22 par MSP. On retrouve, par ordre décroissant, des omnipraticiens (39 avec une variation de deux à neuf selon les MSP), des IDE (24 avec une variation de deux à cinq selon les MSP), présents dans toutes les MSP (critère d'inclusion). Ensuite, de façon variable entre les MSP, on a la présence de masseurs kinésithérapeutes et de pédicures-podologues dans cinq MSP et d'orthophonistes et de psychologues dans quatre. Des sages femmes et des dentistes sont présents dans trois structures. Des médecins spécialistes et des diététiciennes sont présents dans deux structures. Les services d'une orthoptiste sont proposés dans une MSP.

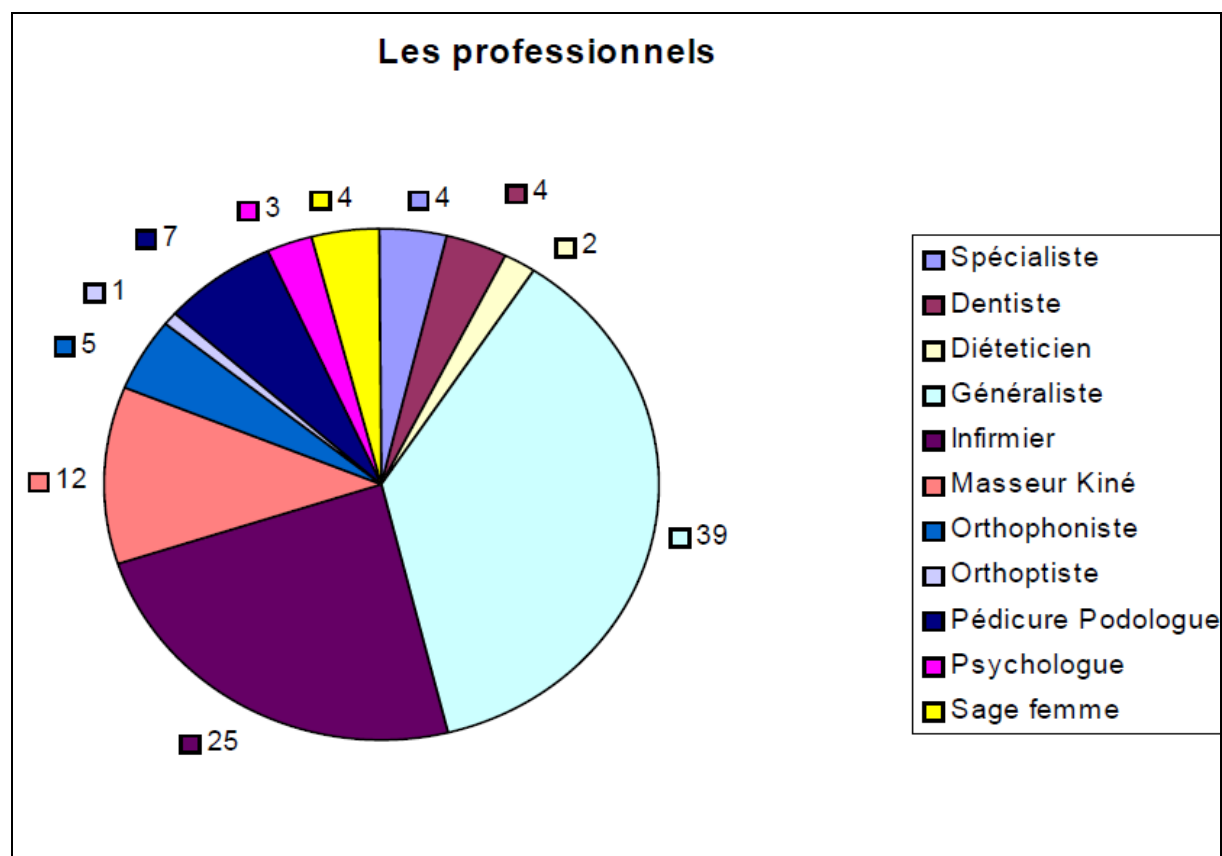


Figure B.1 : Répartition des professionnels de santé des neuf MSP, par profession – Source : IRDES

B.4.2.2 Sexe

Parmi tous les professionnels de santé exerçant dans les neuf MSP, 62% sont des femmes.

La proportion d'infirmières femme est de 91%.

Parmi les médecins généralistes des MSP, 65% sont des hommes.

B.4.2.3 Age

La moyenne d'âge des professionnels de santé des MSP est de 43.5 ans. (32 ans pour le plus jeune et 63 ans pour le plus âgé) (cinq valeurs manquantes). L'enquête sur les Médecins Généralistes bretons rapportait, pour ceux exerçant en cabinet de groupe ou en cabinet individuel, une moyenne d'âge plus élevée, respectivement de 48.8 ans et de 52.2 ans [20].

Les infirmières des MSP visitées sont en moyenne plus âgées (45.8 ans, 34 ans pour la plus jeune et 58 ans pour la plus âgée) que les médecins généralistes des MSP.

B.5 ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE TRAVAIL

Chaque indicateur qualité est validé (OUI = 1) ou non (NON = 0), de la même façon que dans la démarche EPA.

Afin de présenter les résultats par domaine et dimension, nous avons attribué un point par indicateur validé et par MSP (équivalent à la fréquence observée d'indicateurs qualité validés). Nous avons décidé de ne pas les pondérer, en attribuant un nombre de points différent à chaque indicateur, comme c'est le cas dans le QOF. En effet, la plupart des indicateurs de notre outil sont issus de l'EPA, dont la démarche de validation n'a pas attribué de pondération. De plus celle-ci, dans le QOF, donne une valeur « monétaire » à l'indicateur, puisque la part de rémunération des cabinets à la performance est proportionnelle au nombre global de points obtenus annuellement. (124,60 £ par point en 2006/2007).

Nous présentons les résultats :

- pour chaque MSP (telle MSP valide telle proportion observée d'indicateurs qualité de la dimension), sous la forme d'un tableau de synthèse, pour chacun des trois domaines subdivisés en dimensions.
- pour chaque indicateur qualité (tel indicateur qualité est validé par tel proportion observée des neuf MSP), sous la forme d'organigrammes et de tableaux, dans chaque dimension composant les trois principaux domaines.

Les résultats de référence que nous indiquons correspondent aux résultats de l'étude de validation EPA obtenus par les cabinets européens et lorsqu'ils sont disponibles, par les cabinets français (publiés dans [44] et [45]) ; et des résultats publiés par le National Health Service¹⁵, renseignant sur les résultats des cabinets anglais évalués dans le cadre du QOF (8229 cabinets), entre mars 2008 et avril 2009 (résultats exprimés en proportion observée de points obtenus).

Les médecins référents de chaque MSP ayant été questionnés à ce sujet, il nous a été demandé de présenter ces résultats sous forme anonymisée.

Nos tableaux suivent un code couleur permettant de distinguer les indicateurs issus du premier PANEL (cf § B.1.1.3.3, page 92), en noir (premier tour de validation lors de l'étude DELPHI de développement de l'EPA), du deuxième PANEL (en rouge : deuxième tour de validation EPA), et du QOF (en bleu). Le code couleur vert correspond aux indicateurs QOF et EPA, dont la formulation se recoupe.

¹⁵ Records and Information about Patients, Quality and Outcomes Framework (QOF) for April 2008 - March 2009, England. Copyright © 2009, The Health and Social Care Information Centre, Prescribing Support Unit. All rights reserved.

C RESULTATS : ETUDE QUALITATIVE DES MSP **AU MOYEN DE NOTRE OUTIL SIMPLIFIE**

C.1 RETOUR DES QUESTIONNAIRES ET VALIDATION DES **INDICATEURS QUALITE**

Les secrétaires d'accueil ont toujours accepté de répondre à nos questions, durant les heures d'ouverture, avec une grande disponibilité, pour laquelle nous les remercions.

Six questionnaires ont été envoyés par courrier électronique aux médecins référents des MSP. Nous avons obtenu une réponse pour chacun d'entre eux, jusqu'en juillet 2009. Quelques données manquantes ont nécessité le renvoi de courriers (discordance entre réponses obtenues et données IRDES), et la totalité des données disponibles obtenue en octobre 2009.

Seuls 15 indicateurs qualité sur 720 (2,08%) n'ont pas été documentés.

C.2 DOMAINE « INFRASTRUCTURE »

C.2.1 SYNTHESE DES RESULTATS POUR LE DOMAINE « INFRASTRUCTURE »

MSP	DOMAINE INFRASTRUCTURE : Proportion observée d'indicateurs qualité validés						TOTAL DOMAINE INFRASTRUCTURE
	Accessibilité et disponibilité	Accès des personnes handicapées	Locaux	Equipement non médical	Technologies de l'information, sécurité.	Equipement médical	
MSP 1	87,5% (7/8)	100% (2/2)	80% (4/5)	50% (1/2)	100% (6/6)	16,7% (1/6)	72,4%
MSP 2	87,5% (7/8)	100% (2/2)	80% (4/5)	50% (1/2)	100% (8/8)	100% (6/6)	90,3%
MSP 3	75% (6/8)	100% (2/2)	80% (4/5)	50% (1/2)	100% (8/8)	60% (3/5)	80%
MSP 4	87,5% (7/8)	100% (2/2)	80% (4/5)	0% (0/2)	100% (8/8)	83,3% (5/6)	83,9%
MSP 5	75% (6/8)	50% (1/2)	100% (5/5)	50% (1/2)	100% (8/8)	33,3% (2/6)	74,2%
MSP 6	75% (6/8)	100 % (2/2)	100% (5/5)	100% (2/2)	12,5% (1/8)	83,3% (5/6)	67,7%
FRANCHE-COMTE	81,25%	91,7%	86,7%	50%	84,8%	68,6%	78,1%
MSP 7	87,5% (7/8)	100% (2/2)	80% (4/5)	50% (1/2)	100% (8/8)	33,3% (2/6)	77,4%
MSP 8	75% (6/8)	100% (3/3)	100% (5/5)	50% (1/2)	100% (8/8)	66,7% (4/6)	84,4%
MSP 9	87,5% (7/8)	100% (2/2)	80% (4/5)	50% (1/2)	100% (8/8)	50% (3/6)	80,6%
BOURGOGNE	83,3%	100%	86,7%	50%	100%	50%	80,9%
TOTAL	81,9%	94,7%	86,7%	50%	90%	58,5%	79,1%

Tableau C.1 : Résultats pour le domaine « Infrastructure »

MSP 1 à MSP 6 : MSP franc-comtoises

MSP7 à MSP 9 : MSP bourguignonnes

Les résultats varient, selon les MSP, entre 67,7% (soit 21 indicateurs validés sur 31 indicateurs renseignés) pour la MSP n°6, et 90,3 % (soit 28 indicateurs qualité sur 31) pour la MSP n°2. Les neuf MSP valident 79,1% (219/277) des points du domaine INFRASTRUCTURE.

C.2.2 DIMENSION « ACCESSIBILITE ET DISPONIBILITE »

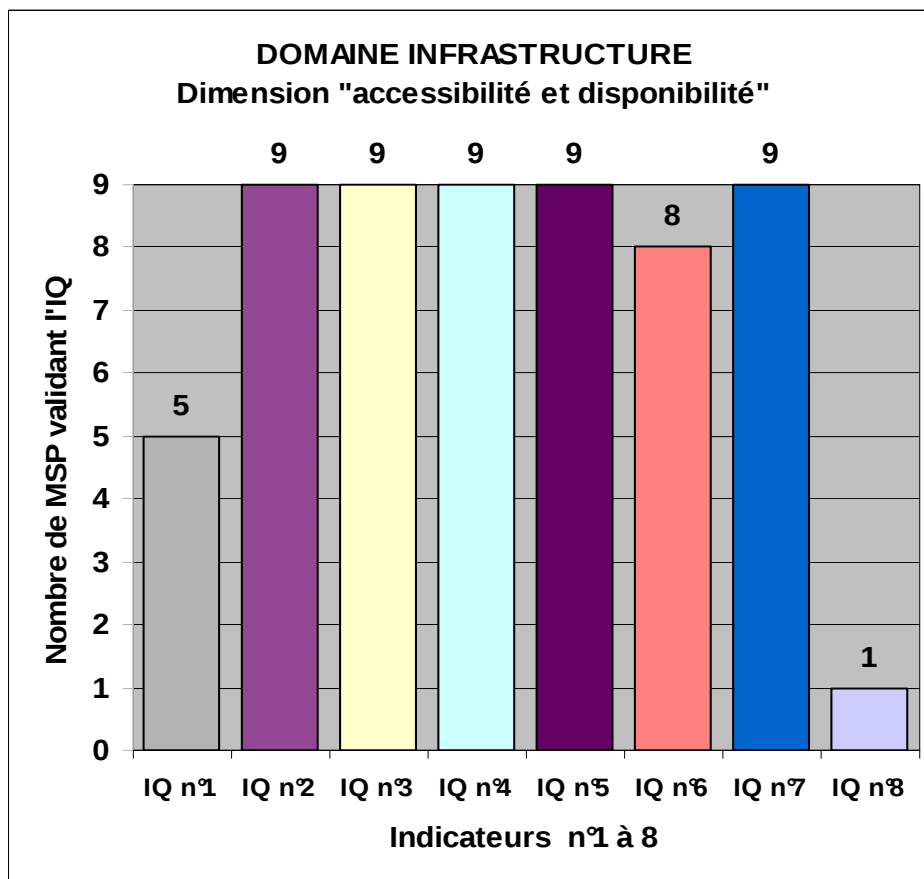


Figure C.1 : Résultats pour la dimension « Accessibilité et disponibilité »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
1 : A l'extérieur de la structure sont affichés les horaires d'ouverture et les numéros de téléphone des services de garde en dehors de ces horaires.	55,56%	F=10% E=37%
2 : La structure possède un système téléphonique suffisant en capacité de réception et d'émission d'appels.	100%	
3 : <u>Le message d'accueil du répondeur téléphonique est clair et précise comment joindre les services ou médecins de garde (ou transfert d'appel vers l'un des médecins).</u>	100%	F = 86% E = 81% Q = non disponibles
4 : Les consultations se font sur rendez-vous.	100%	E=95%
5 : La maison de santé propose des horaires de rendez-vous au moins 5 matins et 4 après-midis / semaine.	100%	Q=98,5%
6 : <u>Il existe une procédure pour organiser les visites à domicile non urgentes, pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.</u>	88,89%	F=90% E=86% Q=?
7 : Les patients peuvent contacter la maison de santé via un accueil téléphonique ou sur place, plus de 45 heures par semaine sur au moins cinq jours.	100%	Q=83,3%
8 : Il existe un protocole écrit décrivant quels conseils peuvent être donnés aux patients par le personnel non médical.	11,11%	

Tableau C.2 : Résultats pour la dimension « Accessibilité et disponibilité »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 11,11% (1 MSP sur 9) à 100% des MSP visitées lors de notre étude.
- Trois MSP sur neuf valident 75% des indicateurs qualité de cette dimension, les cinq autres en valident 87,5%.
- Cela représente un résultat global pour la dimension « accessibilité et disponibilité » de 81,9% des points obtenus par l'échantillon de MSP.

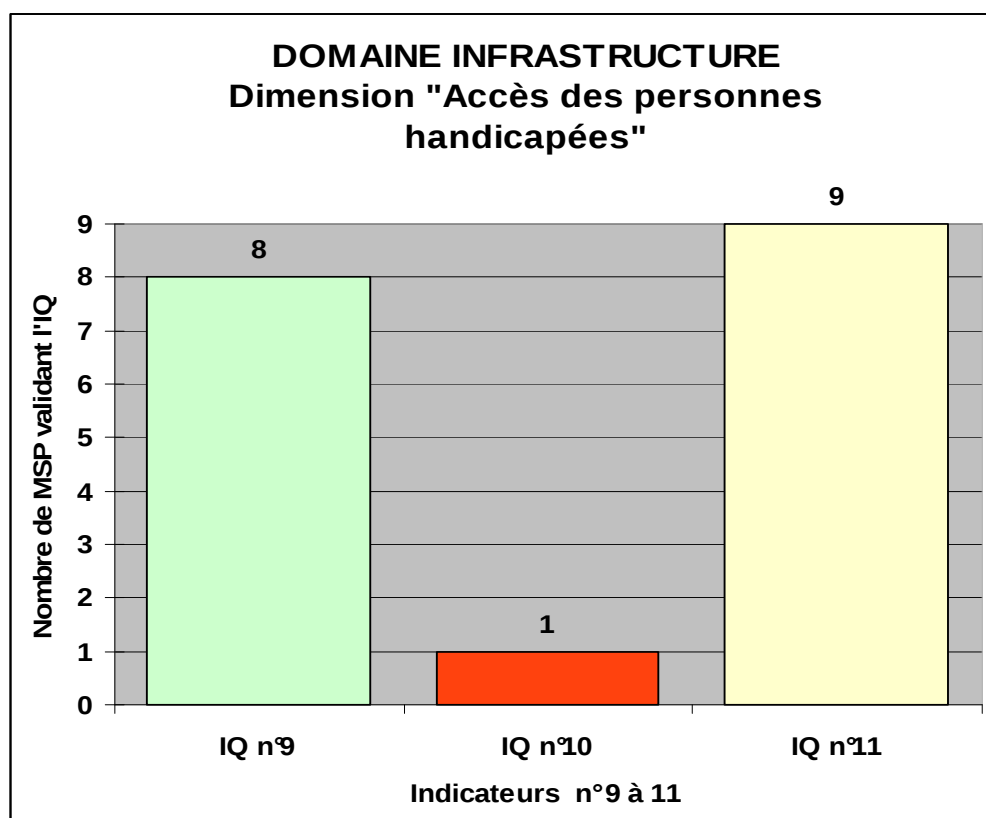


Figure C.2 : Résultats pour la dimension «Accès des personnes handicapées»

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP (ou pour les n MSP)	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
9 : Des places de parking sont réservées aux personnes handicapées à proximité de la structure.	88,89%	F=59% E=75%
10 : Si la maison de santé n'est pas au rez-de-chaussée, il y a un ascenseur.	100% (n=1)	
11: Le déplacement des fauteuils roulants est facilité.	100%	F=59% E=75%

Tableau C.3 : Résultats pour la dimension «Accès des personnes handicapées»
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Une MSP valide un indicateur sur deux tandis que huit MSP les valident les deux.
- Résultat global pour la dimension «accès des personnes handicapées » : 94,7% des points sont obtenus par l'échantillon.

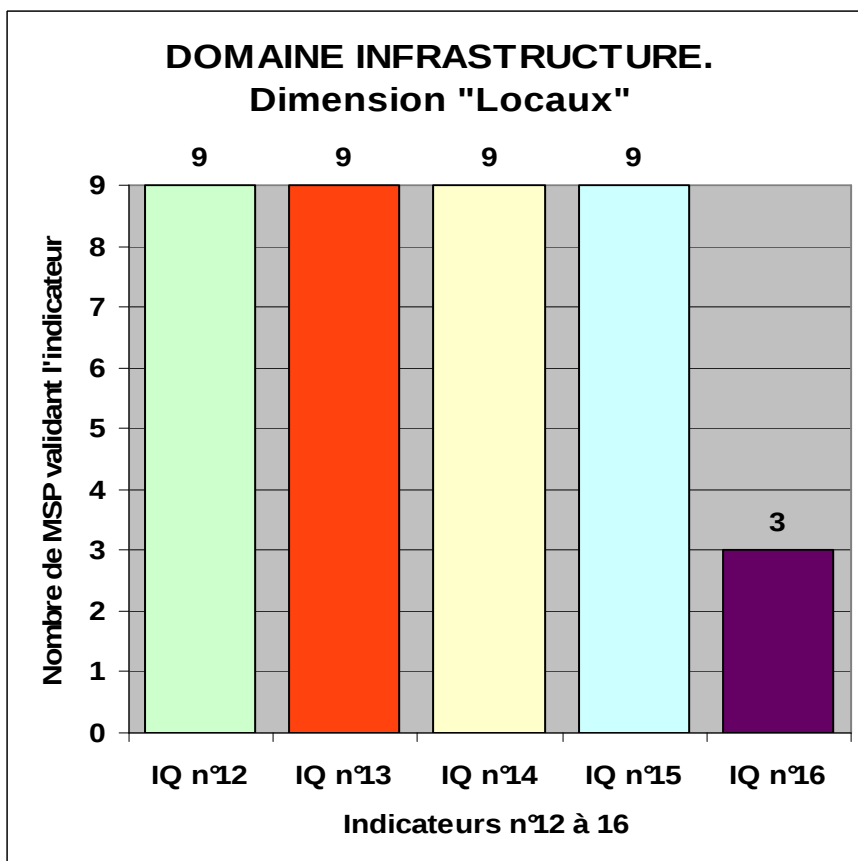


Figure C.3 : Résultats pour la dimension « Locaux »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe F=France
12 : La maison de santé et notamment la salle d'attente ont l'air propre.	100%	E=99%
13 : Il y a suffisamment de places dans la salle d'attente.	100%	E=88%
14 : Il y a de la place pour les poussettes et landaus.	100%	E=82%
15 : Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients.	100%	E=96%
16 : On trouve des signes NON-FUMEUR dans la salle d'attente.	33,33%	F=17% E=32%

Tableau C.4 : Résultats pour la dimension « Locaux »

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par trois MSP sur neuf (pour l'indicateur qualité n°16) à neuf MSP sur neuf pour les quatre autres indicateurs.

- Six MSP valident quatre indicateurs sur cinq (80 %) de cette dimension ; les trois autres MSP en valident cinq sur cinq.

- Cela représente, pour la dimension « locaux », un résultat global de 86,7 % des points obtenus par les neuf MSP de l'échantillon.

C.2.5 DIMENSION « EQUIPEMENT NON MEDICAL »

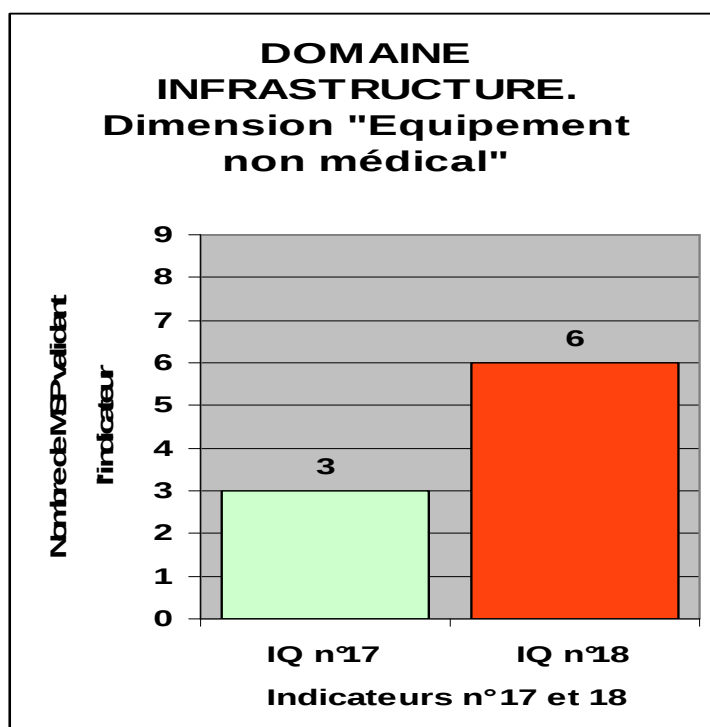


Figure C.4 : Résultats pour la dimension « Equipement non médical »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe F=France
17 : On trouve une armoire fermée, permettant de stocker les médicaments.	33,33%	E=61%
18 : On trouve un réfrigérateur réservé au stockage de médicaments, contenant un thermomètre à minima/maxima.	66,67%	F=39% E=46%

Tableau C.5 : Résultats pour la dimension « Equipement non médical »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par un tiers des MSP (pour l'indicateur qualité n°17) et deux tiers des MSP (pour l'indicateur n°18).
- Une MSP ne valide aucun des deux indicateurs qualité de cette dimension, sept MSP en valident un sur deux et une MSP les valide les deux.
- Cela représente un résultat global, pour la dimension « Equipement non médical », de 50% des points obtenus par l'échantillon des neuf MSP.

C.2.6 DIMENSION « TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, SECURITE »

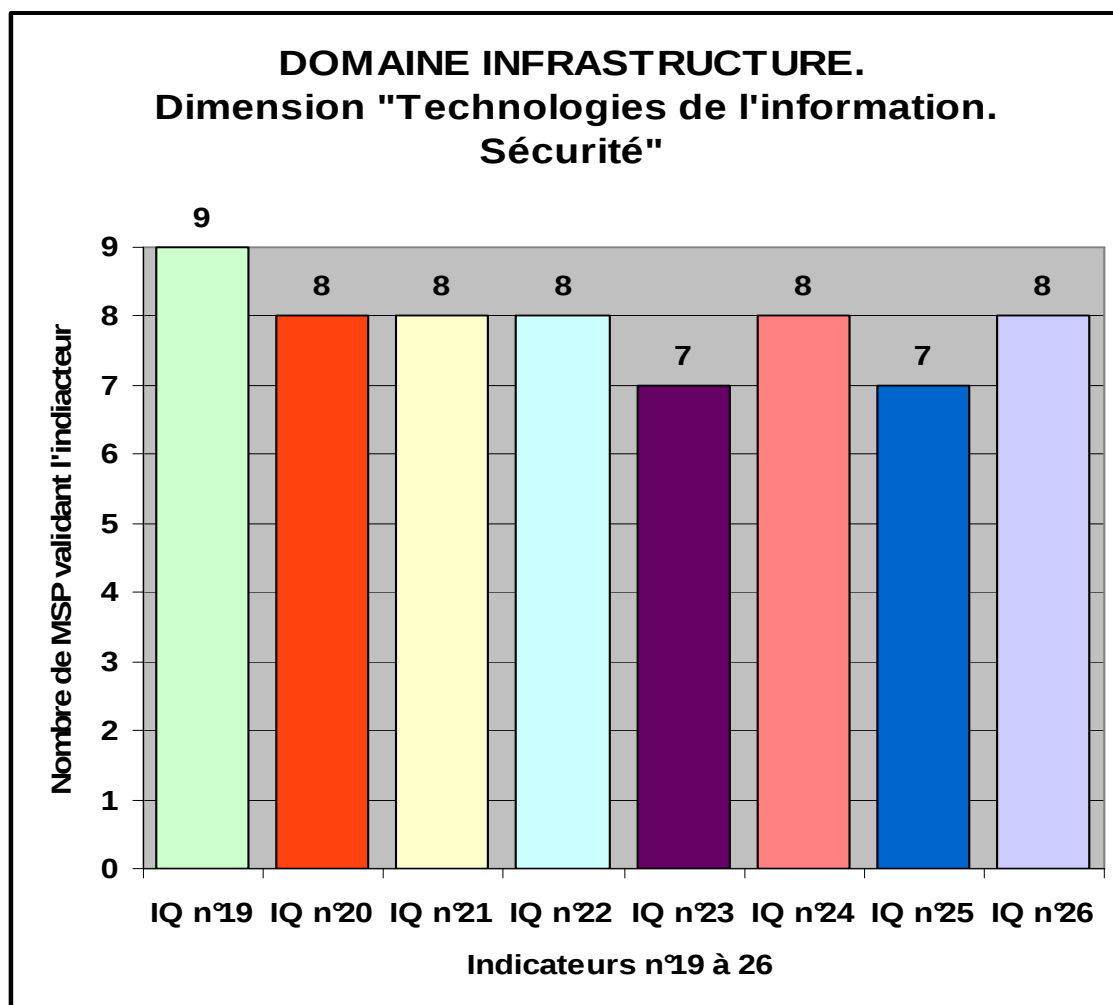


Figure C.5 : Résultats pour la dimension « Technologies de l'information, sécurité »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP (ou pour les n MSP)	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
19 : On trouve au moins un ordinateur pour le personnel.	100%	E=96%
20 : La maison de santé possède un accès Internet.	88,89%	E=84%
21 : Tous les ordinateurs sont protégés par un nom d'utilisateur et un mot de passe.	88,89%	F=77% E=92%
22 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un antivirus.	88,89%	F=40% E=66%
23 : L'antivirus est mis à jour automatiquement et tous les jours.	87,5% (n=8)	
24 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un pare-feu.	88,89%	F=40% E=66%
25 : Le pare-feu est mis à jour automatiquement et tous les jours.	87,5% (n=8)	
26 : Une sauvegarde des données est réalisée tous les jours.	88,89%	E=87%

Tableau C.6 : Résultats pour la dimension « Technologies de l'information, sécurité »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 87,5% (7/8) à 100% (9/9) des MSP.
- Une MSP valide 12,5% des indicateurs qualité de cette dimension (un indicateur qualité sur huit), les huit autres MSP en valident 100%.
- Cela représente, pour la dimension « Technologies de l'information, Sécurité » un résultat global de 90% des points obtenus par l'échantillon de MSP.

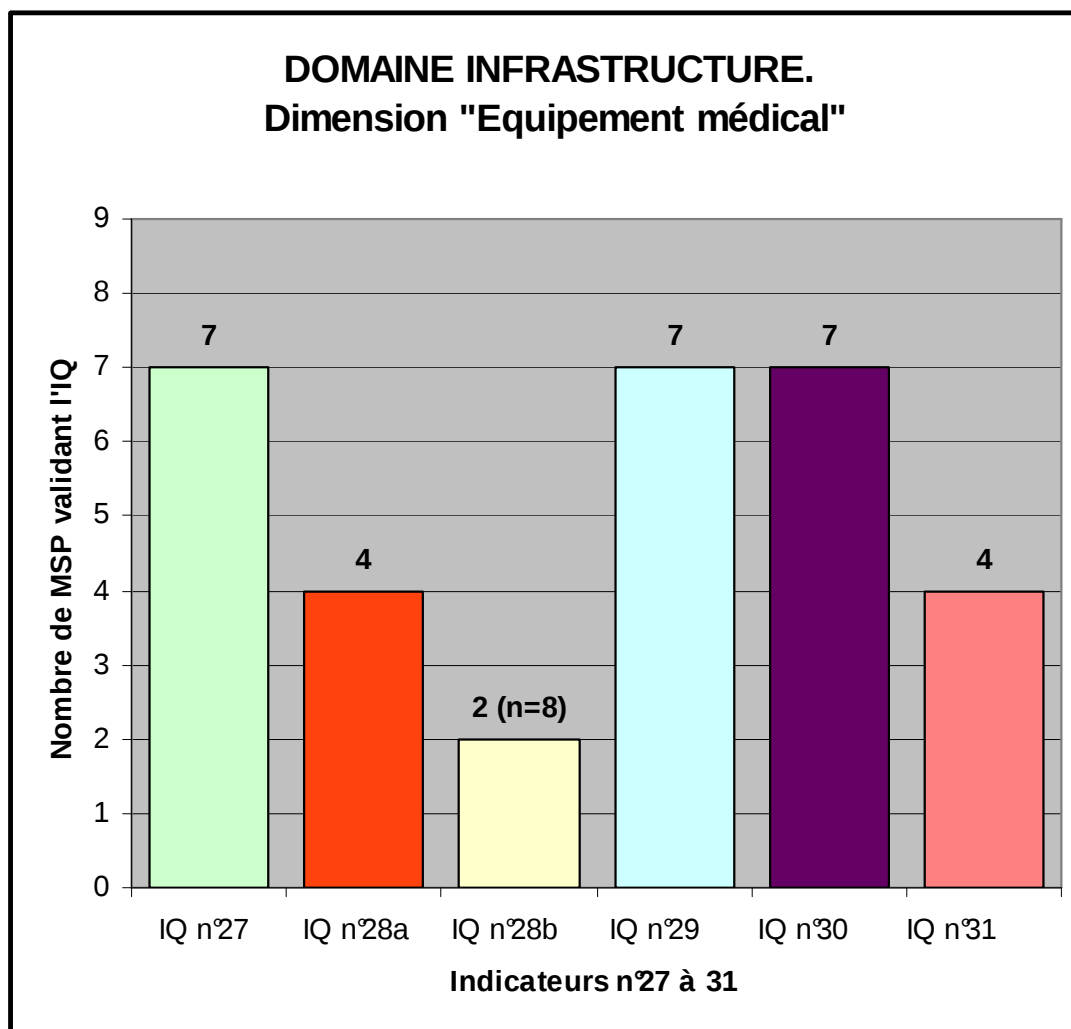


Figure C.6 : Résultats pour la dimension « Equipement médical »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP (ou pour les n MSP)	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
27 : L'équipement médical essentiel est disponible sur le site (urgence, réanimation).	77,78%	E = 30%
28 a : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles en permanence dans les trousse d'urgence.	44,44%	
28 b : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles sur le site.	25% (n=8)	
29 : <u>Les principaux médicaments d'urgence sont disponibles (sur site)</u>	77,78%	F=51% E=73% Q=98,7% (anaphylaxie)
30 : <u>Les principaux médicaments des trousse d'urgence ne sont pas périmés.</u>	77,78%	F=52% E=77% Q=98,5%
31 : On trouve une liste du matériel qui doit se trouver dans les sacs des médecins.	44,44%	E=34%

Tableau C.7 : Résultats pour la dimension « Equipement médical »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 25% (indicateur qualité n°28b, n=8) à 77.8 % des MSP.
- Les résultats des MSP varient entre 16,7% des indicateurs qualité validés (un indicateur qualité sur six, pour une MSP), et 100% (pour une MSP) des indicateurs de cette dimension.
- Cela représente un résultat global, pour la dimension « Equipement médical », de 58,5% des points obtenus par les neuf MSP de l'échantillon.

C.3 DOMAINE « INFORMATION ET DONNEES »

C.3.8 Synthèse des résultats pour le domaine « Informations et données »

MSP	DOMAINE INFORMATIONS ET DONNEES : proportion observée d'indicateurs qualité validés							TOTAL DOMAINE
	Information des patients sur la MSP	Information des patients sur les problèmes de santé.	Documentation destinée aux professionnels.	Données cliniques, dossier médical.	Communication avec les autres professionnels de santé.	Utilisation de l'informatique	Confidentialité	
MSP 1	0/1	1/1	1/1	68,4% (13/19)	0/1	100% (5/5)	100%	74,2%
MSP 2	0/1	0/1	1/1	94,7% (18/19)	1/1	100% (5/5)	100%	90,3%
MSP 3	0/1	1/1	1/1	68,4% (13/19)	1/1	80% (5/5)	66,7%	71%
MSP 4	0/1	1/1	1/1	70% (14/20)	0/1	100% (5/5)	100%	75%
MSP 5	0/1	1/1	1/1	70% (14/20)	1/1	100% (5/5)	66,7%	75%
MSP 6	0/1	1/1	0/1	78,9% (15/19)	0/1	0% (0/5)	100%	61,3%
<u>FRANCHE-COMTE</u>	<u>0/6</u>	<u>83,3% (5/6)</u>	<u>83,3% (5/6)</u>	<u>75%</u>	<u>3/6</u>	<u>80%</u>	<u>88,9%</u>	<u>74,5%</u>
MSP 7	0/1	1/1	1/1	70% (14/20)	1/1	100% (5/5)	33,3%	71,9%
MSP 8	1/1	1/1	1/1	65% (13/20)	1/1	100% (5/5)	66,7%	75%
MSP 9	1/1	1/1	1/1	95% (19/20)	1/1	100% (5/5)	66,7%	93,75%
<u>BOURGOGNE</u>	<u>2/3</u>	<u>3/3</u>	<u>3/3</u>	<u>76,7%</u>	<u>3/3</u>	<u>100%</u>	<u>55,6%</u>	<u>80,2%</u>
TOTAL	33,3% (1/3)	88,9% (8/9)	88,9% (8/9)	75,6%	66,6% (2/3)	86,7%	77,8%	76,4%

Tableau C.8 : Résultats pour le domaine « Informations et données »

- Les résultats des MSP varient de 61,3 % des indicateurs qualité validés (soit 19 indicateurs validés sur 31 renseignés) pour la MSP n°6, à 93,75 % (soit 30 sur 32) pour la MSP n°9.
- L'échantillon de neuf MSP obtient 76,4% des points disponibles (217 points obtenus sur 284 possibles).

C.3.2 DIMENSION « INFORMATION DES PATIENTS SUR LA MAISON DE SANTE »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
60 : Une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible.	22,22%	F=42% E=52%

Tableau C.9 : Résultats pour la dimension « Information des patients sur la maison de santé
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Deux MSP valident cet indicateur qualité.

C.3.3 **DIMENSION « INFORMATION DES PATIENTS SUR LES SOINS ET LES PROBLEMES DE SANTE »**

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP.	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
64 : Des brochures d'informations sont disponibles et accessibles en salle d'attente.	88,89%	E=83%

Tableau C.10 : Résultats pour la dimension « Information des patients sur les soins et les problèmes de santé ».

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Huit MSP sur les neuf valident cet indicateur qualité.

C.3.4 **DIMENSION « DOCUMENTATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS »**

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP.	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
68 : Chaque MG a un accès internet.	88,89%	E=84%

Tableau C.11 : Résultats pour la dimension « Documentation destinée aux professionnels ».

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Huit MSP sur les neuf valident cet indicateur qualité.

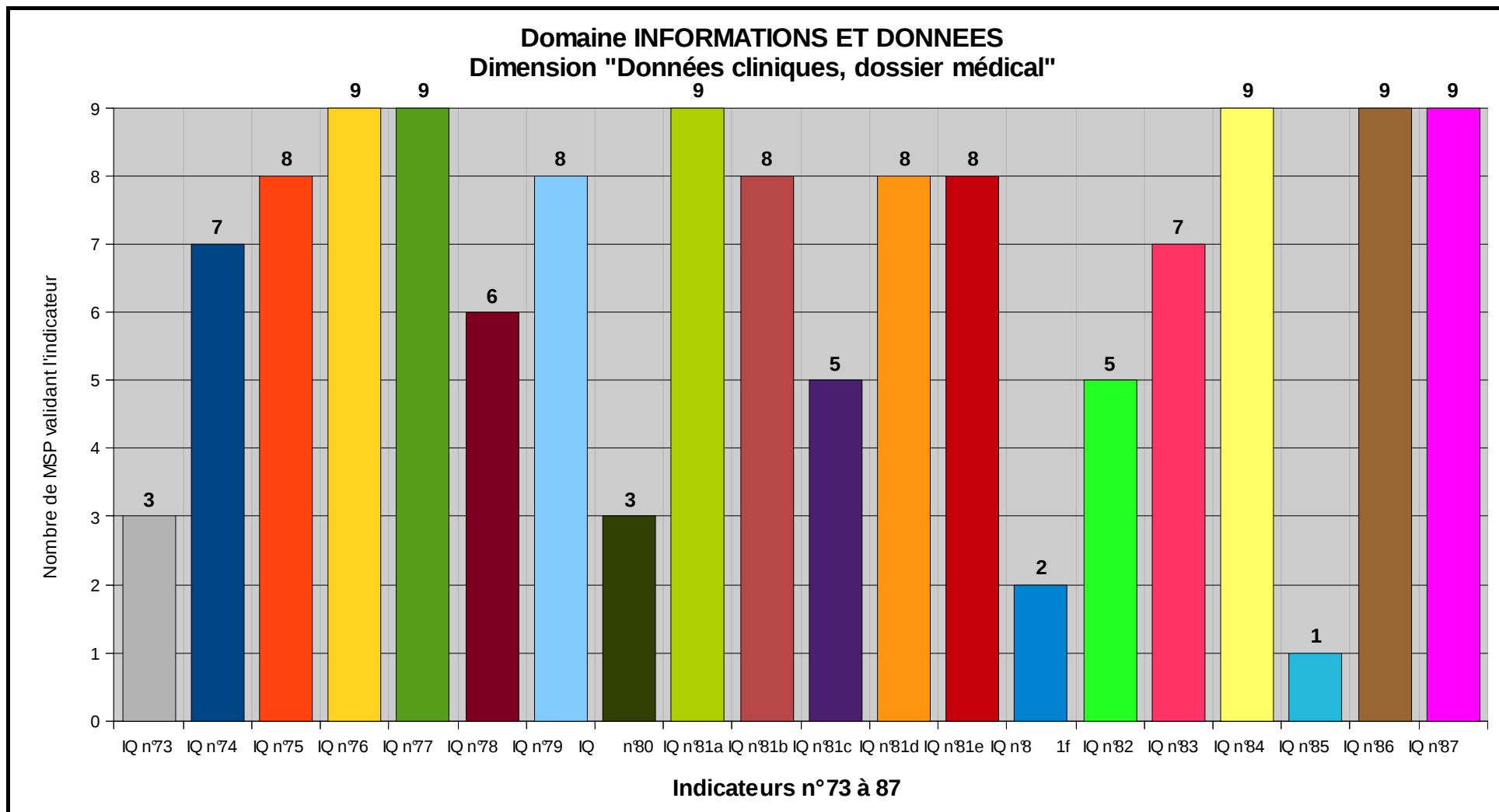


Figure C.7 : Résultats pour la dimension « Données cliniques, dossier médical »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP (ou pour les n MSP)	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
73 : Chaque contact avec un patient est enregistré dans son dossier, que ce soit une consultation, une visite ou un conseil téléphonique.	33,33%	
74 : Les informations entrées dans le dossier sont compréhensibles par tous (règles communes de remplissage et d'abréviations).	77,78%	
75 : Le dossier médical contient les antécédents du patient.	88,89%	E=93%
76 : <u>Le dossier médical contient le traitement en cours du patient.</u>	100%	E=99%
77 : Le dossier médical contient le numéro de téléphone du patient.	100%	
78 : Le dossier médical contient la profession du patient.	66,67%	
79 : Le dossier médical contient les allergies et intolérances médicamenteuses du patient.	88,89%	Q=98,8%
80 : Un système de codage international des données est utilisé.	33,33%	
81 : Six indicateurs suivants : version EPA 2005 :		
a) Pour chaque consultation est enregistré le motif de consultation.	100%	
b) Pour chaque consultation est enregistrée une conclusion de consultation (problème / diagnostic).	88,89%	
c) Pour chaque consultation sont enregistrées les données permettant cette conclusion.	55,56%	
d) Pour chaque consultation est enregistré le traitement proposé.	88,89%	
e) Si des médicaments sont prescrits, leur dose, la durée et la voie d'administration sont enregistrées.	88,89%	
f) Pour chaque consultation sont enregistrées les informations données au patient.	25% (n=8)	
82 : Il existe une procédure pour se procurer les dossiers et antécédents médicaux des nouveaux patients.	55,56%	
83 : Il y a un système permettant de retrouver les traitements prescrits à chaque patient.	77,78%	
84 : <u>Un système permet de s'assurer que les résultats d'examens sont bien vus par le médecin avant leur enregistrement dans le dossier.</u>	100%	

85 : Il existe une procédure pour s'assurer que les membres de l'équipe sont informés des décès.	16,67% (n=5)	
86 : Il existe une procédure pour s'assurer que les informations émanant d'autres professionnels de santé et les résultats d'examens sont bien enregistrés dans le dossier médical.	100%	
87 : Les dossiers, lettres d'hospitalisation et résultats d'examens sont classés chronologiquement.	100%	

Tableau C.12 : Résultats pour la dimension « Données cliniques, dossier médical »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 16,67% des MSP (une sur cinq, pour l'indicateur qualité n°85) à 100% des MSP (neuf sur neuf, pour les indicateurs qualité n°76, 77, 81a, 84, 86 et 87).
- Les résultats des MSP varient de 65% des indicateurs qualité de cette dimension validés (13 sur 20), à 95% (19 sur 20).
- Cela représente, pour la dimension «Données cliniques, dossier médical » un résultat global de 75,6% de points obtenus par l'échantillon de neuf MSP.

C.3.6 DIMENSION « COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe
92 : Chaque médecin a un accès E-mail.	66,67%	E=75%

Tableau C.13 : Résultats pour la dimension « Communication avec les autres professionnels de santé ».

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Six MSP sur les neuf valident cet indicateur.

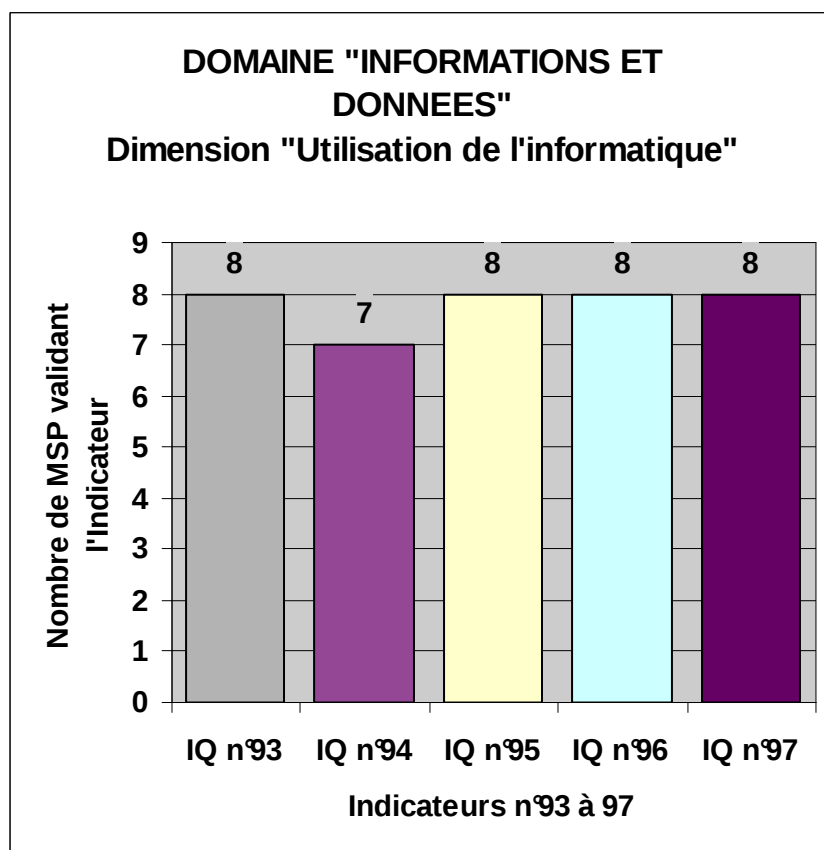


Figure C.8 : Résultats pour la dimension « Utilisation de l'informatique »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe
93 : Les dossiers médicaux sont informatisés.	88,89%	
94 : L'ordinateur est utilisé pour les prescriptions.	77,78%	
95 : L'ordinateur est utilisé pour les courriers adressés aux confrères.	88,89%	E=86%
96 : L'ordinateur est utilisé pour l'enregistrement de listes de patients.	88,89%	
97 : L'ordinateur est utilisé pour la comptabilité.	88,89%	

Tableau C.14 : Résultats pour la dimension « Utilisation de l'informatique »

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 77,8% des MSP (sept sur neuf) pour l'indicateur qualité n°94, à 89% des MSP pour les quatre autres indicateurs.
- Les résultats des MSP varient entre aucun indicateur qualité validé (une MSP non informatisée à la date de notre étude) et 100% des indicateurs qualité validés, pour sept MSP sur neuf.
- L'échantillon de neuf MSP obtient, pour la dimension « Utilisation de l'informatique », 86,7% des points disponibles.

C.3.8 DIMENSION « CONFIDENTIALITE »

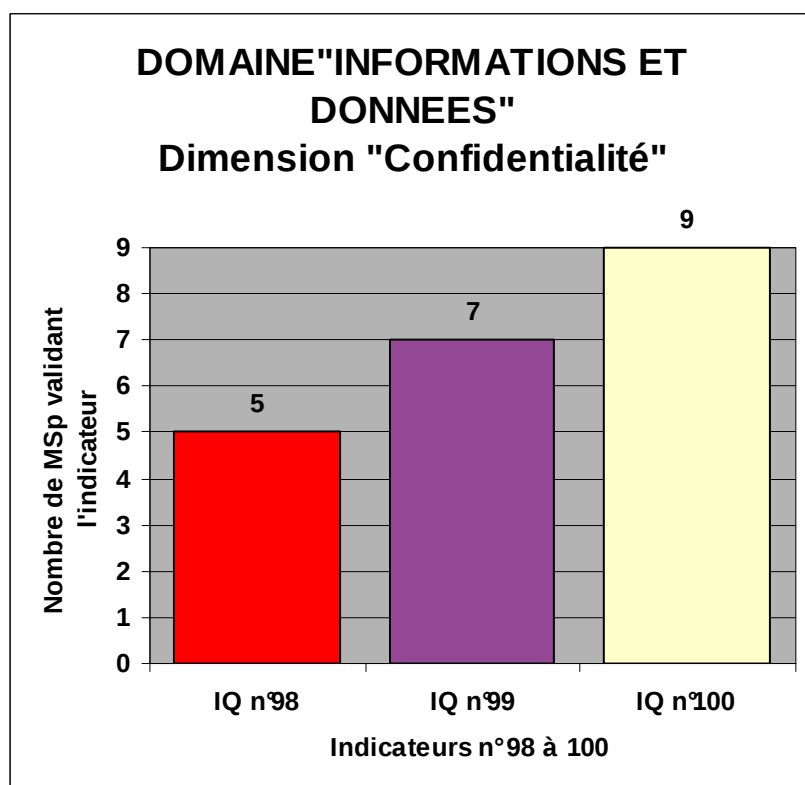


Figure C.9 : Résultats pour la dimension « Confidentialité »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP	REFERENCE E=Europe F=France
98 : Un espace particulier permettant le déshabillage et l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation.	55,56%	E=56%
99 : L'insonorisation et la confidentialité de l'accueil et des salles de consultation sont assurées.	77,78%	
100 : Les dossiers médicaux, et tous les fichiers contenant des informations personnelles, ne sont ni stockés ni laissés visibles dans les zones accessibles au public.	100%	F=41% E=77%

Tableau C.15 : Résultats pour la dimension « Confidentialité »

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 55,6 % des MSP (5/9, pour l'indicateur n° 98), 77,8% des MSP, pour l'indicateur n°99, et 100% des MSP pour l'indicateur n°100.
- Les résultats des MSP varient de un indicateur validé sur trois, pour une MSP, à 100 % d'indicateurs validés, pour quatre MSP.
- L'échantillon de neuf MSP obtient un résultat global, pour la dimension « Confidentialité », de 77,8 % des points disponibles.

C.4 DOMAINE « QUALITE ET SECURITE »

C.4.1 SYNTHESE DES RESULTATS POUR LE DOMAINE « QUALITE ET SECURITE »

MSP	<u>DOMAINE QUALITE ET SECURITE :</u> Proportion observée d'indicateurs qualité validés			TOTAL DOMAINE
	Politique d'amélioration de la qualité	Gestion des plaintes	Sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections.	
MSP 1	42,9% (3/7)	0/2	85,7% (6/7)	56,25%
MSP 2	85,7% (6/7)	1/2	85,7% (6/7)	81,25%
MSP 3	42,9% (3/7)	0/2	85,7% (6/7)	56,25%
MSP 4	71,4% (5/7)	0/2	85,7% (6/7)	68,75%
MSP 5	57,1% (4/7)	1/2	85,7% (6/7)	68,75%
MSP 6	57,1% (4/7)	0/2	71,4% (5/7)	56,25%
<u>FRANCHE COMTE</u>	<u>59,5%</u>	<u>16,67%</u>	<u>83,3%</u>	<u>64,6%</u>
MSP 7	0/7	0/2	50% (3/6)	20%
MSP 8	57,1% (4/7)	1/2	83,3% (5/6)	66,7%
MSP 9	42,9% (3/7)	0/2	100% (6/6)	60%
<u>BOURGOGNE</u>	<u>33,3 %</u>	<u>16,67%</u>	<u>77,8%</u>	<u>48,9%</u>
TOTAL	50,8%	16,67%	81,7%	<u>59,6%</u>

Tableau C.16 : Résultats pour le domaine « Qualité et Sécurité »

- Les résultats varient, selon les MSP, entre 20% (MSP n°7) et 81,25% (MSP n°2) des indicateurs qualité du domaine « Qualité et sécurité » validés.
- L'échantillon de MSP obtient au total, 84 points sur 141 possibles, soit 59,6%.

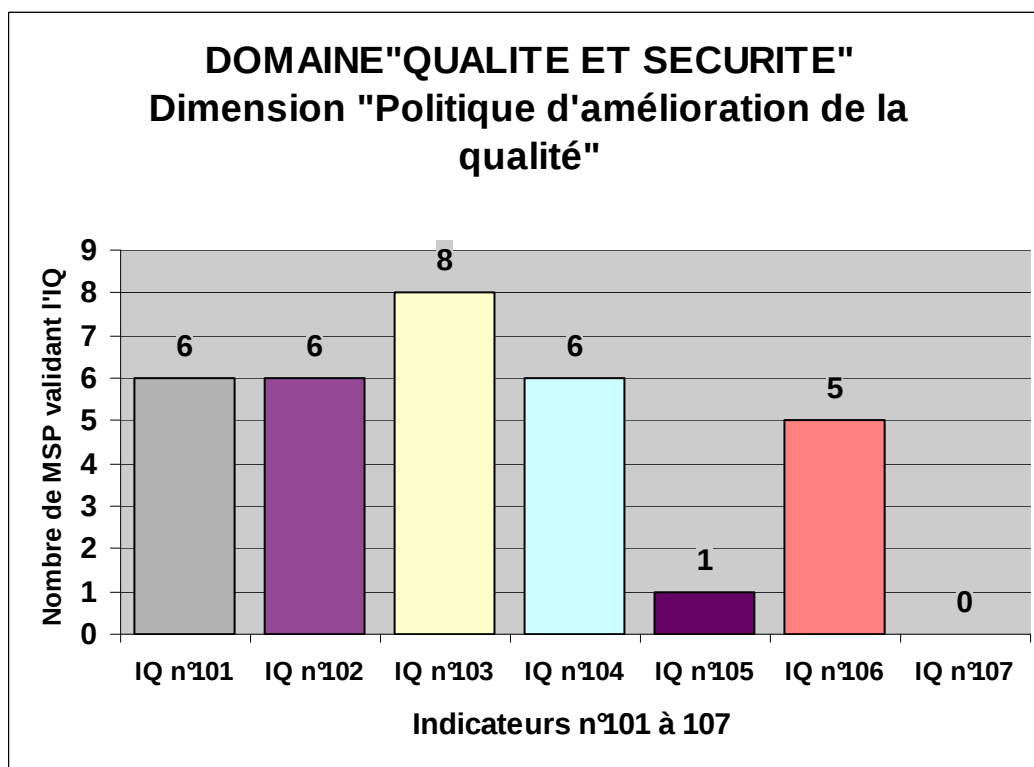


Figure C.10 : Résultats pour la dimension « Politique d'amélioration de la qualité »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP.	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
101 : Il y a une réunion d'équipe au moins mensuelle	66,67%	
102 : Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité.	66,67 %	
103 : Le personnel a dégagé du temps au cours des 12 derniers mois pour discuter de la stratégie de la maison de santé.	88,89 %	E=50%
104 : Des cibles d'amélioration de la qualité ont été définies au cours de l'année précédente.	66,67 %	F=55% E=72%
105 : Au moins un audit clinique a déjà été conduit.	11,11 %	
106 : Le rapport annuel de la maison de santé contient un rapport sur la qualité.	55,56 %	
107 : La satisfaction des patients est évaluée régulièrement.	0,00%	Q=98,1%

Tableau C.17 : Résultats pour la dimension « Politique d'amélioration de la qualité »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs sont validés par aucune à huit MSP sur neuf (Indicateur qualité n°103).
- Les résultats des MSP varient de aucun indicateur validé sur sept (MSP n°7), à six indicateurs qualité sur sept (MSP n°2).
- Cela représente un résultat global, pour la dimension « Politique d'amélioration de la qualité », de 50,8% des points disponibles obtenus par l'échantillon de neuf MSP.

C.4.3 DIMENSION « GESTION DES PLAINTES »

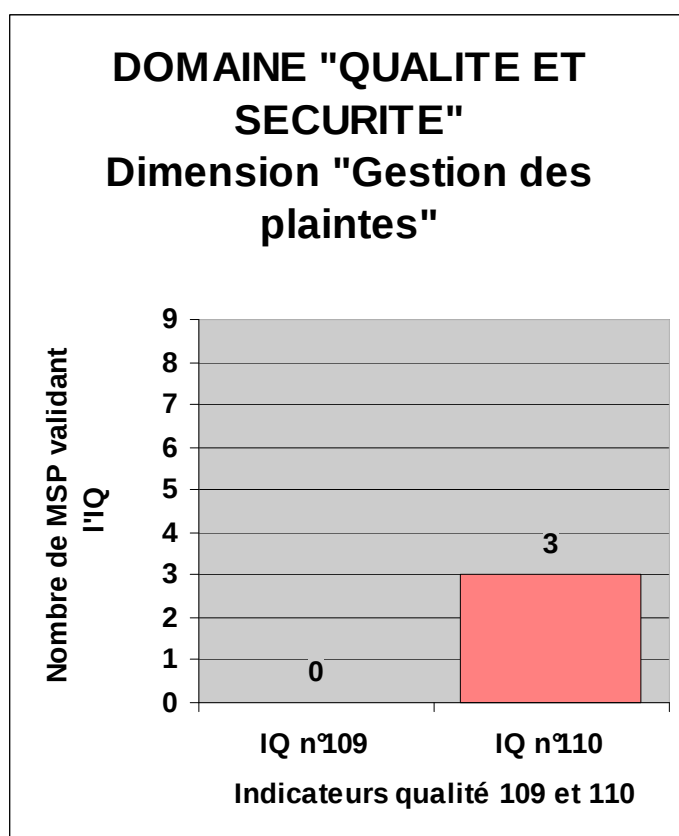


Figure C.11 : Résultats pour la dimension « Gestion des plaintes »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs pour les neuf MSP	REFERENCE E=Europe F=France Q=QOF
109 : On trouve une boîte de suggestions pour les patients.	0,00%	F=2% E=17%
110 : Il existe une procédure de gestion des plaintes.	33,33%	F=3% E=47% Q=96,5%

Tableau C.18 : Résultats pour la dimension « Gestion des plaintes »
Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Six MSP ne valident aucun des deux indicateurs qualité de cette dimension, les trois autres en validant un sur deux.
- L'échantillon de neuf MSP obtient 16,7% des points possibles pour la dimension « Gestion des plaintes ».

C.4.4 **DIMENSION « SECURITE DU PERSONNEL ET DES PATIENTS,**
HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS »

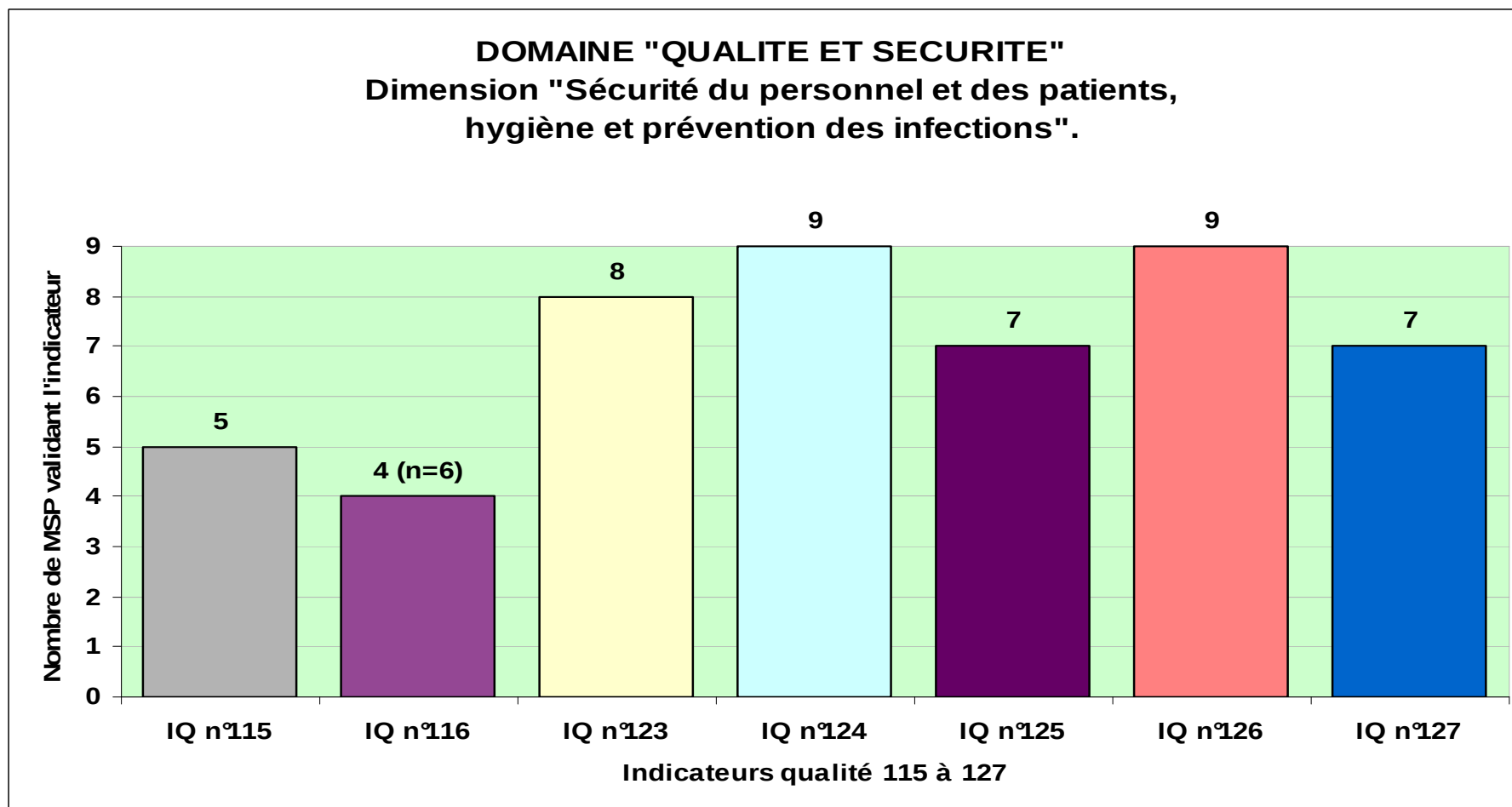


Figure C.12 : Résultats pour la dimension « Sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections »

INDICATEUR	Proportion observée de résultats positifs parmi les neuf MSP (ou pour les n MSP répondantes).	REFERENCE E=Europe Q=QOF
115 : Il existe un protocole d'hygiène écrit.	55,56%	
<u>116 : Les procédures de stérilisation des instruments sont conformes aux recommandations nationales.</u>	66,67% (n=6)	Q = 96,9 %
123 : On trouve du matériel de stérilisation.	88,89%	
124 : Les salles de consultation contiennent l'équipement permettant le lavage, la désinfection et le séchage hygiénique des mains.	100%	
125 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération du matériel médical utilisé (en attente de sa désinfection/stérilisation).	77,78%	E=87%
126 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération de matériel tranchant.	100%	E=96%
127 : Les salles de consultation contiennent des containers étanches (déchets d'activité de soins à risque infectieux).	77,78%	E=76%

Tableau C.19 : Résultats pour la dimension « Sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections »

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

- Les indicateurs qualité de cette dimension sont validés par 55,6 % (cinq MSP sur neuf) à 100% des MSP visitées.
- Les résultats des MSP varient entre 50 % des indicateurs qualité validés (3/6, pour une MSP) et 100% des indicateurs validés (une MSP).
- Les neuf MSP obtiennent, pour la dimension « Sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections », 81,7% des points disponibles (49 sur 60).

C.5 SYNTHESE DES RESULTATS

Proportion observée d'indicateurs qualité validés (donc de points obtenus).

MSP	DOMAINE INFRA STRUCTURE	DOMAINE INFORMATIONS DONNEES	ET	DOMAINE QUALITE SECURITE	ET	RESULTAT GLOBAL
<u>MSP 1</u>	72,4%	74,2%		56,25%		69,7% (53/76)
<u>MSP 2</u>	90,3%	90,3%		81,25%		88,5% (69/78)
<u>MSP 3</u>	80%	71%		56,25%		71,5% (55/77)
<u>MSP 4</u>	83,9%	75%		68,75%		77,2% (61/79)
<u>MSP 5</u>	74,2%	75%		68,75%		73,4% (58/79)
<u>MSP 6</u>	67,7%	61,3%		56,25%		62,8% (49/78)
<u>FRANCHE COMTE</u>	<u>78,1%</u>	<u>74,5%</u>		<u>64,6%</u>		<u>73,9%</u>
<u>MSP 7</u>	77,4%	71,9%		20%		64,1% (50/78)
<u>MSP 8</u>	84,4%	75%		66,7%		77,2% (61/79)
<u>MSP 9</u>	80,6%	93,75%		60%		82,1% (64/78)
<u>BOURGOGNE</u>	<u>80,9%</u>	<u>80,2%</u>		<u>48,9%</u>		<u>74,5%</u>
<u>TOTAL</u>	79,1%	76,4%		59,6%		74,1%

Tableau C.20 : Synthèse des résultats

Les résultats des MSP de notre échantillon varient entre 62,8% et 88,5% des indicateurs qualité validés.

GLOBALEMENT, LES NEUF MSP INCLUSES OBTIENNENT 74,1 % DES POINTS DE NOTRE OUTIL : 520 sur 702 possibles.

D **DISCUSSION**

D.1 **DES RESULTATS**

Nous discutons des résultats observés parmi les neuf MSP que nous avons visitées.

D.1.1 **DOMAINE « INFRASTRUCTURE »**

D.1.1.1 **Dimension « Accessibilité et disponibilité »**

Les secrétaires d'accueil dans chaque MSP déclarent que la structure possède un système téléphonique suffisant en terme de capacité. Sept MSP possèdent quatre lignes entrantes, une MSP en possède cinq (une ligne distincte pour les médecins spécialistes de la MSP), et une n'a pas renseigné cet indicateur.

Conformément à la réglementation (article 77 du code de déontologie [49] : « Le répondeur téléphonique du médecin absent doit indiquer de façon très claire où les malades doivent s'adresser »), les neuf MSP ont enregistré un message d'accueil téléphonique clair et qui précise les numéros de téléphone à composer en dehors des heures d'ouverture. 86 % des cabinets français, et 81 % de l'ensemble des cabinets européens validaient cet indicateur lors de l'étude pilote EPA.

Une seule MSP a élaboré une description écrite de quelques conseils téléphoniques pouvant être donnés au téléphone par les secrétaires d'accueil.

On constate des résultats de 100% pour l'accessibilité en termes d'étendue des plages horaires d'ouverture et d'accueil des patients. Par comparaison, 98,5 % des cabinets anglais ont obtenu en 2009 les trois points de l'indicateur MANAGEMENT 5, « Le cabinet propose des horaires de rendez-vous, matins et après-midis, sur au moins cinq matins et quatre après-midis par semaine. ». 83,3 % des cabinets anglais inclus ont obtenu les points de l'indicateur INFORMATION 7 « Les patients peuvent contacter le cabinet via l'accueil téléphonique ou un accueil sur place, plus de 45 heures par semaine sur au moins 5 jours (lundi à vendredi) ».

L'analyse des questionnaires de l'étude IRDES [3] donne des résultats qui vont dans le même sens : « Les maisons de santé sont ouvertes toute l'année, en moyenne 5,5 jours par semaine et 11 heures 30 par jour, l'une d'entre elle étant ouverte sept jours sur sept tous les jours de l'année ».

Toutes les MSP ont adopté un fonctionnement sur rendez-vous, comme 95 % des cabinets européens inclus dans l'étude EPA 2005, sans réserver de plages horaires à un accueil sans rendez-vous.

Huit MSP ont mis au point une procédure permettant d'organiser les visites à domicile pour les soins urgents ou non. Dans l'une d'elles, les fins de matinée sont réservées aux visites urgentes, et une journée par semaine permet les visites programmées, réalisées par un des médecins de l'équipe, à tour de rôle. Les résultats de notre travail sont proches de ceux des cabinets français (90 %) et de l'ensemble des cabinets européens (86 %) lors de l'étude EPA 2005.

Cinq MSP sur neuf ont affiché leurs horaires d'ouverture et numéros de téléphone à l'extérieur de la structure. Il s'agit de résultats supérieurs à ceux obtenus lors de l'étude EPA 2005, aussi bien au niveau européen (37 % de l'ensemble des cabinets inclus) que français (10% des cabinets inclus).

D.1.1.2 Dimension « Accès des personnes handicapées »

Une seule MSP sur les neuf est concernée par un étage, et possède un ascenseur.

Une seule MSP est concernée par une problématique de stationnement, avec notamment une seule place réservée aux personnes handicapées.

On peut considérer que l'accessibilité et le déplacement des personnes handicapées ont été pris en compte dans la conception des bâtiments (selon les textes réglementaires [50]).

Les publications de l'étude EPA donnent des résultats sous la forme d'un seul indicateur concernant l'accessibilité aux personnes handicapées : « Le cabinet est bien accessible aux personnes en fauteuil roulant », regroupant ainsi les indicateurs qualité n° 9 « Des places de parking sont réservées aux personnes handicapées à proximité de la structure », n°10 « Si le cabinet n'est pas au rez-de-chaussée, il y a un ascenseur », et n°11 « Le déplacement des fauteuils roulants est facilité ». Les cabinets français obtiennent des résultats de 59 %, tandis que 75 % de l'ensemble des cabinets européens valident cet indicateur. Les neuf MSP de notre échantillon valident 94,7 % des trois indicateurs composant la dimension « Accès des personnes handicapées ».

D.1.1.3 Dimension « Locaux »

Les MSP permettent un accueil du public dans des locaux propres et dans de bonnes conditions d'espace et d'équipement. La surface des MSP varie de 200 à 800m². Toutes les MSP sont pourvues d'un secrétariat. Les salles d'attentes sont séparées selon les professions pour six MSP. Toutes disposent d'une salle de pause et de réunion. Trois structures ont des bureaux communs entre des professionnels. Il s'agit d'un partage intra ou interprofessionnel entre des professionnels qui n'exercent pas à plein temps. Cinq structures ont aménagé un logement pour pouvoir accueillir un stagiaire ou un remplaçant.

Lors de l'étude de validation EPA les résultats étaient inférieurs, surtout concernant la place réservée aux poussettes et landaus (82% de cabinets européens validant cet indicateur qualité).

Un tiers des MSP dispose de signes non fumeur à l'intérieur des locaux (résultats similaires aux résultats EPA 2005 : 17 % des cabinets français et 32 % des cabinets au niveau européen).

D.1.1.4 Dimension « Equipement non médical »

Un tiers des MSP possède une armoire fermée à clé permettant de stocker les médicaments (résultats inférieurs à l'étude EPA 2005 : 61 % des cabinets européens).

Trois MSP sur les neuf possèdent un réfrigérateur avec thermomètre, réservé au stockage des médicaments, représentant des résultats supérieurs à ceux des cabinets français lors cette étude (39%).

D.1.1.5 Dimension « Technologie de l'information, sécurité »

L'informatisation des cabinets est une préoccupation importante, et la sécurité liée à l'utilisation d'Internet est assurée (huit MSP sur neuf ont un accès Internet, à rapprocher des 84 % de cabinets européens lors de l'étude EPA).

En effet, huit MSP sur neuf sont informatisées et possèdent les moyens logiciels permettant une sécurisation de l'accès des données (antivirus et pare-feu installés et mis à jour régulièrement pour huit MSP sur neuf, contre 40 % des cabinets français et 66 % des cabinets au niveau européen lors de l'étude EPA). L'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe est également requise dans huit MSP sur neuf, contre 77 % des cabinets français lors de l'étude EPA, mais 92 % des cabinets européens. Les sauvegardes de données se font quotidiennement dans toutes les MSP informatisées à la date de notre étude, contre 87 % des cabinets européens lors de l'étude EPA.

On peut noter que depuis le mois de juillet 2009 (après notre recueil de données), la dernière MSP s'est dotée du matériel informatique.

D.1.1.6 Dimension « Equipement médical »

Les MSP sont équipées pour prendre en charge les urgences, avec du matériel de réanimation pour certaines MSP (indicateur n°27) : oxygénothérapie et ventilation au masque avec ambu possible dans sept MSP ; saturomètre dans au moins trois MSP ; électrocardiographe disponible dans huit MSP ; salle d'urgence dans trois MSP ; un à deux défibrillateurs dans trois MSP ; matériel pour intubation oro-trachéale dans une MSP ; véhicule équipé pour la prise en charge des urgences dans une MSP, appareil de radiographie dans une MSP (orhtopantomogramme).

On trouve dans moins de la moitié des MSP (quatre sur neuf), une liste du matériel qui doit se trouver dans les trousse d'urgence des médecins (trousse parfois unique et partagée), et dans ¼ des MSP visitées (deux sur huit), une liste du matériel d'urgence devant être présent sur le site. Lors de l'étude EPA, 30 % des cabinets inclus possédaient une liste du matériel et des médicaments devant être disponibles. La plupart des MSP utilisant un inventaire pour leur trousse d'urgence se réfèrent au document « la trousse d'urgence en médecine générale » du Dr A. Millet .

Les médecins de sept MSP sur neuf (78%) déclarent posséder sur site les principaux médicaments d'urgence. 51 % des cabinets français et 73 % des cabinets européens validaient cet indicateur. 98,7 % des cabinets anglais ont obtenu en 2009 les deux points de l'indicateur MEDICINES 2 « Le cabinet possède l'équipement et les médicaments à jour pour traiter le choc anaphylactique ».

Sept MSP sur neuf déclarent vérifier régulièrement les dates de péremption des médicaments des trousseaux d'urgence, contre 52 % des cabinets français et 77 % des cabinets européens lors de l'étude pilote EPA. En 2009, 98,5 % des cabinets anglais obtenaient les deux points de l'indicateur MEDICINES 3 « Il existe un système pour vérifier les dates d'expiration des médicaments d'urgence au moins annuellement ». Ces vérifications sont encadrées par une procédure dans les sept MSP.

Finalement, on constate qu'il s'agit d'une dimension montrant une grande hétérogénéité de résultats entre les MSP visitées (résultats variant entre un indicateur validé à six indicateurs validés sur six).

D.1.1.7 Synthèse des résultats pour le domaine « Infrastructure »

Les trois MSP bourguignonnes valident 80,9% (79/94) des points du domaine « INFRASTRUCTURE » ; les six MSP franc-comtoises en valident 78,1 % (143/183).

Les résultats les moins bons concernent le matériel (médical et non médical) présent sur le site, avec des résultats meilleurs pour les six MSP franc-comtoises (68,6%) par rapport aux trois MSP bourguignonnes (50 %). Par contre, ces dernières montrent des résultats supérieurs dans la dimension « technologies de l'information », résultats expliqués par la non informatisation de l'une des MSP franc-comtoises au moment de notre recueil de données.

Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de connaître les résultats de référence pour chacun des indicateurs qualité que nous avons utilisés. Nous n'avons donc pas de résultat de référence par dimension ou par domaine.

D.1.2 DOMAINE « INFORMATIONS ET DONNEES »

D.1.2.1 Dimension « Information des patients sur la maison de santé »

Deux MSP sur neuf ont édité une brochure d'informations à disposition des patients, contenant des informations sur les professionnels de santé présents, les horaires d'ouverture et d'accessibilité téléphonique. Ces résultats sont inférieurs à ceux de l'étude EPA 2005 (42% des cabinets français étudiés et 52 % des cabinets européens validaient cet indicateur).

D.1.2.2 Dimension « Information des patients sur les soins et les problèmes de santé »

Huit MSP sur neuf (88,9 %) disposent de brochures d'informations, disponibles à l'accueil ou en salle d'attente, sur les soins et problèmes de santé, de même que 83 % des cabinets européens de l'étude EPA.

D.1.2.3 Dimension « Documentation destinée aux professionnels »

Huit MSP sur neuf (88,9%) permettent un accès internet depuis les salles de consultation, représentant des résultats semblables à ceux de l'étude EPA 2005 (84% des cabinets européens). Nous n'avons pas réalisé d'étude qualitative sur l'utilisation dans un but professionnel de l'accès Internet.

D.1.2.4 Dimension « Données cliniques, dossier médical »

Dans trois MSP visitées, les médecins référents déclarent que sont systématiquement enregistrés les contacts avec les patients, qu'ils soient physiques (consultations, visites) ou téléphoniques (conseil). Les secrétaires d'accueil n'ont pas accès aux dossiers et n'enregistrent aucune information qui leur est communiquée.

Les médecins référents des neuf MSP déclarent que les médecins enregistrent dans chaque dossier le numéro de téléphone du patient et les traitements en cours (Résultat similaire à l'étude EPA pour ce dernier indicateur : 99%). La profession du patient est déclarée enregistrée dans les dossiers médicaux de six MSP sur neuf. Les antécédents le sont dans huit MSP sur neuf (88,9%, résultat inférieur à l'étude EPA, qui était de 93% à l'échelle européenne), de même que les allergies médicamenteuses et intolérances (Résultats du QOF supérieurs : 99% des cabinets anglais en 2009). Les publications des résultats de l'étude EPA donnent un résultat regroupant les indicateurs « le dossier contient les antécédents du patient », « le dossier contient le traitement actuel » et « le dossier contient les intolérances » : 100% pour des cabinets français et 97 % de l'ensemble des cabinets européens inclus validaient cet indicateur. Il s'agissait également de données déclaratives.

Les médecins référents de l'ensemble des MSP déclarent que les médecins renseignent dans les dossiers médicaux le motif de chaque consultation ; les données résumées de l'examen physique le sont dans cinq MSP sur neuf. Le traitement proposé et ses modalités (posologies, durée) sont enregistrés dans huit MSP sur neuf, tandis que les informations données au patient ne sont résumées que dans deux MSP sur huit.

Du point de vue organisationnel, les responsables des MSP déclarent que les médecins utilisent un langage commun d'entrée dans les dossiers pour sept MSP sur neuf. Ce mode de rédaction compréhensible par tous consiste en un système international de codage des données pour trois MSP sur neuf (classification de la Société Française de Médecine Générale, SFMG). A noter l'utilisation par la dernière MSP, non informatisée lors de notre recueil, du codage SFMG, à partir de juin 2009.

Cette organisation permet d'améliorer les conditions d'une substitution entre médecins de la MSP, qui correspond à une prise en charge des patients par plusieurs médecins (de la MSP, ou par des remplaçants), et une continuité des soins améliorée par le partage d'un dossier électronique unique et d'un langage commun.

Toutes les MSP sont organisées pour que les courriers et résultats d'examen soient effectivement consultés par les médecins responsables, avant d'être classés par ordre chronologique dans les dossiers patients (par les secrétaires). L'une des structures s'est organisée pour déterminer chaque jour deux médecins responsables de consulter les résultats du jour (notamment les résultats de laboratoires télétransmis par Internet), et de donner les suites nécessaires. Dans une autre MSP les courriers des confrères font systématiquement l'objet d'un résumé inséré dans les dossiers.

Cinq MSP sur neuf se sont organisées pour récupérer les dossiers des nouveaux patients, soit par l'intermédiaire des patients eux-mêmes, soit, lorsque c'est impossible, par les secrétaires.

Une MSP (sur les cinq ayant renseigné l'indicateur n°85) a mis au point une procédure pour s'assurer que l'équipe soit informée des décès de patients qu'elle suit.

D.1.2.5 Dimension « Communication avec les autres professionnels de santé »

Les médecins de six MSP sur neuf possèdent une adresse mail. Notre étude n'a pas eu pour objectif de préciser quelle utilisation professionnelle était faite de ce moyen de communication.

En 2005, l'étude EPA montrait des résultats de 75 % pour l'ensemble des cabinets européens inclus.

D.1.2.6 Dimension « Utilisation de l'informatique »

Une MSP sur neuf n'utilise pas de dossier informatique (en date du mois de mai 2009). Cette MSP s'est dotée du matériel informatique au cours de l'année 2009 (cf paragraphe D.1.2.5). Ceci explique la différence observée entre MSP franco-comtoises et bourguignonnes (80% contre 100% d'indicateurs qualité validés).

Toutes les MSP utilisant un dossier informatique utilisent également l'ordinateur pour la rédaction de courriers aux confrères (résultat similaire à l'étude EPA pour les cabinets à l'échelle européenne -86%-), et pour la comptabilité.

Une des MSP utilisant un dossier informatisé n'utilise pas l'ordinateur pour la rédaction des ordonnances (expliquée par l'importance, pour certains médecins, de garder un « lien » écrit avec le patient).

L'utilisation de l'informatique permet l'enregistrement de listes de patients, et l'extraction de données à partir de ces listes est la condition nécessaire à la réalisation d'analyses des résultats des soins, ou de la définition de standards (par exemple dans l'esprit de certains indicateurs du QOF : indicateur RECORD 11 « La tension artérielle des patients de plus de 45 ans est notée depuis cinq ans pour au moins 55% des patients »).

D.1.2.7 Dimension « Confidentialité »

La confidentialité et l'intimité, grâce à une séparation physique dans la salle de consultation, permettant le déshabillage des patients et l'examen clinique, est assurée dans cinq MSP sur neuf. Ce sont des résultats similaires aux résultats des cabinets européens lors de l'étude EPA 2005 (56%).

Dans les neuf MSP visitées (100%), le stockage des dossiers papiers, contenant des informations personnelles, est prévu dans des salles non accessibles au public (résultats supérieurs aux résultats des cabinets français - 41% - et européens – 77% - de l'étude EPA 2005).

Les résultats concernant l'insonorisation de l'accueil et des salles de consultation (validés dans sept MSP sur huit) reposent sur des données déclaratives des secrétaires d'accueil et des professionnels de santé, sans donnée objective disponible (qui nécessiterait des moyens techniques difficilement mis en œuvre).

On observe des résultats supérieurs de la part des MSP franc-comtoises, dans la dimension « confidentialité » (88,9 % d'indicateurs qualité validés contre 55,6 % pour les MSP bourguignonnes).

D.1.2.8 Synthèse des résultats pour le domaine « Informations et données »

Les trois MSP bourguignonnes valident 80,2% des points du domaine « Informations et données » (soit 77 sur 96) ; les six MSP franc-comtoises en valident 74,5% (soit 140 sur 188).

Les résultats, en ce qui concerne la dimension « Données cliniques, dossier médical », sont proches entre MSP franc-comtoises (75 % d'indicateurs qualité validés) et bourguignonnes (76,7%).

D.1.3 DOMAINE « QUALITE ET SECURITE »

D.1.3.1 Dimension « Politique d'amélioration de la qualité »

On constate qu'aucune MSP ne déclare réaliser régulièrement d'évaluation de la satisfaction des patients. En 2009, 98,1% des cabinets anglais participant au QOF validaient les 25 points accordés à l'indicateur « Patient Experience 2 », « The practice will have undertaken an approved patient survey each year » (« Le cabinet aura entrepris chaque année une enquête patient approuvée »).

Selon nos données, trois MSP ont déjà réalisé une étude de satisfaction des patients (dans le cadre de la thèse de Karine Sigillo-Jendoubi [9] concernant deux des MSP que nous avons visitées, et une enquête populationnelle pour une MSP bourguignonne). Ces résultats observés sont supérieurs à ceux des cabinets français lors de l'étude EPA 2005 (3%), qui sont eux-mêmes très inférieurs à ceux des cabinets européens (47%). A noter les résultats des cabinets britanniques (85%), islandais (73%), ou suisses (64%) lors de l'étude EPA.

Six MSP sur neuf organisent une réunion d'équipe au moins mensuelle, qu'il s'agisse de réunion autour des problématiques de gestion, d'organisation ou de qualité des soins.

Ces six MSP organisent des réunions d'équipe sur le sujet de la qualité des soins (on considère que les échanges autour de patients ou de situations cliniques problématiques constituent des démarches d'amélioration de la qualité, type « groupe de pairs ») :

Dans la première, une réunion hebdomadaire concerne les médecins, avec discussion autour de dossiers cliniques et réalisation de visioconférences avec des experts à distance. Ces réunions sont à l'origine de l'élaboration de protocoles de soins écrits. Une deuxième réunion mensuelle concerne l'ensemble des professionnels de santé, avec un thème alternativement médical ou de gestion.

Dans la seconde, une réunion mensuelle est organisée autour de thématiques de gestion. Une réunion hebdomadaire est également organisée entre infirmières et médecins, sur un sujet lié aux soins. D'autres réunions sont organisées de façon occasionnelle (trimestrielle) entre tous les professionnels de santé (échanges et formations autour des compétences des différentes professions médicales et paramédicales présentes).

Dans la troisième, une réunion hebdomadaire est organisée entre les professionnels de santé (médecins et infirmières), avec présentations et discussions autour de situations cliniques rencontrées dans la semaine (échanges de pratiques). Une réunion est organisée toutes les deux semaines, entre sages-femmes et médecins généralistes.

Dans la quatrième, des réunions sont organisées autour des soins aux patients de façon hebdomadaire entre médecins, et de façon quotidienne entre infirmières. Des réunions de gestion sont également régulières.

Dans la cinquième, des réunions entre médecins sont régulières, de même que des réunions interprofessionnelles mensuelles entre médecins et infirmières (thématiques non précisées).

Dans la sixième, les réunions entre MG avec échanges de pratiques sont hebdomadaires. Une réunion interprofessionnelle est mensuelle. On peut noter que dans cette MSP les réunions de coopération interprofessionnelles ont abouti à de nombreuses procédures de promotion / prévention de la santé (maintien à domicile, éducation diététique, conduites addictives, accompagnement de la parentalité), ou permettant le suivi des patients atteints d'une ou plusieurs ALD.

Une MSP a été concernée l'année précédente par une démarche d'audit clinique (rappel de la définition MesH d'un audit clinique : « examen détaillé et évaluation de dossiers cliniques sélectionnés par un personnel qualifié pour l'évaluation de la qualité des soins médicaux »).

D.1.3.2 Dimension « Gestion des plaintes »

Six MSP sur les neuf ne valident aucun des deux indicateurs, tandis que trois MSP en valident un sur deux.

Aucune MSP ne dispose d'une boîte de suggestions pour les patients. Ces résultats sont similaires aux résultats des cabinets français lors de l'étude EPA 2005.

Trois MSP déclarent utiliser une procédure de gestion des plaintes des patients, qui sont discutées lors des réunions professionnelles régulières. Ces résultats sont supérieurs à ceux des cabinets français (3 %) mais inférieurs à ceux des cabinets européens (47 %) lors de l'étude pilote EPA, et à ceux des cabinets anglais évalués dans le cadre du QOF : l'indicateur EDUCATION 6 « Le cabinet effectue une analyse annuelle des plaintes et suggestions des patients, dont les conclusions sont systématiquement partagées avec toute l'équipe » montre des résultats de 96,5 % en 2008/2009.

D.1.3.3 Dimension « Sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections »

L'indicateur qualité n°116 « Les procédures de stérilisation des instruments sont conformes aux recommandations nationales », nous a conduits à nous interroger sur l'existence de telles recommandations en France. En effet, il s'agit d'un indicateur du Quality and Outcomes Framework, concernant les cabinets anglais, et n'a donc pas bénéficié de la validation européenne des indicateurs de l'outil EPA. Une recherche nous a permis de prendre connaissance des recommandations professionnelles publiées en juin 2007 par la Société Française de Thérapeutique du Généraliste « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical » [51], validant ainsi la pertinence de cet indicateur dans le contexte français.

Une MSP bourguignonne n'utilise que du matériel jetable, ne possède donc pas de matériel de stérilisation et pas de protocole de stérilisation. Néanmoins on peut considérer que ces pratiques sont conformes aux recommandations nationales [51] (utilisation de matériel jetable).

Une autre MSP bourguignonne possède du matériel de stérilisation mais n'utilise, dans le cadre du travail des médecins, que du matériel jetable. Nous avons donc considéré que l'indicateur qualité n°116 était équivalent à un indicateur non renseigné (il ne nous a pas été précisé si le matériel de stérilisation est utilisé par les autres professionnels). Enfin, une MSP ne l'a pas renseigné.

Les neuf MSP visitées sont équipées du matériel permettant le lavage et le séchage hygiénique des mains, ainsi que des bacs de récupération de matériel tranchant (96 % des cabinets européens inclus dans l'étude EPA).

Huit MSP sur neuf possèdent un matériel permettant la stérilisation du matériel réutilisable. L'une d'entre elles, comme nous l'avons dit, n'utilise néanmoins que du matériel jetable, dans le cadre de l'exercice médical. Il s'agit pour six MSP sur les huit, d'un ou deux dispositifs à la vapeur d'eau (une septième possède un dispositif à chaleur sèche, l'autre n'a pas renseigné cet indicateur).

Sept MSP sur neuf possèdent, en salles de consultation, des bacs de récupération du matériel réutilisable, en attente de sa stérilisation, comme 87 % des cabinets européens lors de l'étude pilote EPA.

Sept MSP sur neuf possèdent, en salles de consultation, des containers étanches permettant de récupérer les déchets d'activité de soins à risque infectieux, résultats similaires lors de l'étude EPA (76% des cabinets européens).

Cinq MSP sur neuf déclarent avoir établi des protocoles d'hygiène écrit, concernant les locaux et/ou le matériel réutilisable.

Enfin, quatre MSP sur six déclarent avoir établi des procédures de stérilisation conformes aux recommandations nationales.

D.1.3.4 Synthèse des résultats pour le domaine « Qualité et sécurité »

Les trois MSP bourguignonnes valident 48,9 % des points du domaine « Qualité et sécurité » (soit 22 sur 45) ; les six MSP franc-comtoises en valident 64,6 % (soit 62 sur 96).

Globalement, les neuf MSP visitées valident 59,6 % des points du domaine « Qualité et sécurité » (soit 84 sur 141).

Les résultats de la MSP n°7 peuvent s'expliquer notamment par l'utilisation de matériel jetable, et donc l'absence de matériel de stérilisation. C'est également la MSP qui organise le moins de réunions régulières, entre médecins ou interprofessionnelles.

D.1.4 SYNTHESE DES RESULTATS

Les résultats de notre analyse qualitative, sans pondération des indicateurs qualité, varient entre 62,8 % des indicateurs qualité validés pour la MSP n°6 (soit 49 indicateurs sur 78), et 88,5 % des indicateurs qualité validés pour la MSP n°2 (69 sur 78).

Les trois MSP bourguignonnes valident 74,5 % des points de notre outil (soit 175 sur 235) ; les six MSP franc-comtoises en valident 73,9 % (soit 345 sur 467).

L'une des MSP voit ses résultats limités par l'absence d'informatisation à la date de notre recueil de données, éclairant la sensibilité des indicateurs au changement.

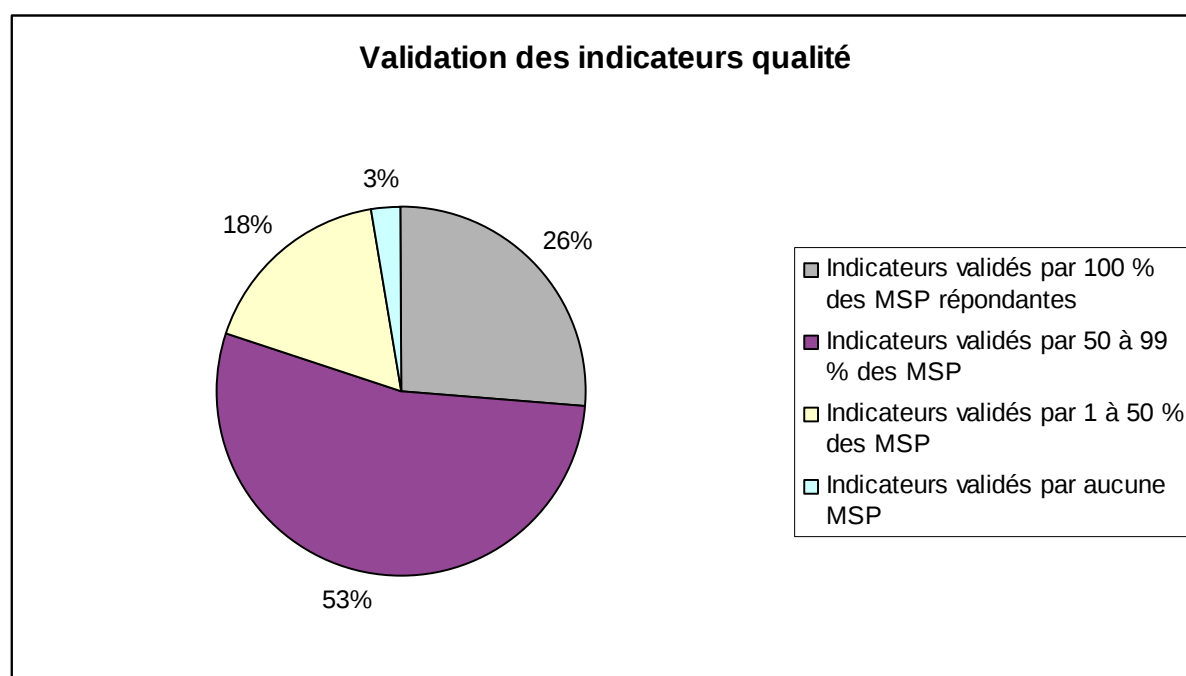


Figure D.1 : Pourcentage d'indicateurs qualité validés, par proportion de MSP.

On constate que 79 % des indicateurs qualité de notre outil sont validés par plus de la moitié des MSP les ayant renseignés.

Deux indicateurs qualité (n° 107 et 109) n'ont été validés par aucune MSP, et concernent la politique d'amélioration de la qualité des soins.

Les meilleurs résultats sont obtenus pour la qualité de la structure en termes d'aménagement des bâtiments, d'accessibilité et de disponibilité pour l'accueil des patients. Cela rejoint les conclusions de l'enquête IRDES [3] (« Il s'agit d'une amplitude [horaire] plus importante que celle constatée pour les autres formes d'exercice en médecine générale, les références étant peu nombreuses »).

L'équipement informatique est également utilisé de façon courante dans l'exercice médical et la gestion de la structure ; les logiciels médicaux permettent une efficacité et une sécurité en termes d'accessibilité, de stockage des données et des dossiers patients (avec par exemple la télétransmission des résultats de laboratoires, permettant un raccourcissement des délais entre le prélèvement et la prise en charge par le médecin), et de substitution entre médecins d'une MSP. Leur utilisation optimale doit être privilégiée, dans un objectif de rationalisation des données cliniques et d'évaluation secondaire de la qualité des méthodes (« process »), et des résultats des soins.

On observe une organisation efficace dans la gestion de ces dossiers :

- d'une part du côté des médecins qui déclarent :
 - o enregistrer les informations essentielles concernant les patients (données administratives, antécédents, allergies médicamenteuses, traitements en cours),
 - o utiliser les sous-parties des dossiers de façon systématique (indicateurs qualité 81 a) à 81 f)),
- et d'autre part du côté des secrétaires des structures, qui tiennent une place importante en s'assurant du suivi par les médecins et de l'enregistrement des résultats d'examens ou des courriers des confrères.

Les systèmes de codage nationaux (type SFMG, avec son Dictionnaire des Résumés de Consultations, en correspondance avec la classification CIM-10) ou internationaux doivent être encouragés dans cet esprit.

Cette question des moyens informatiques est essentielle lors du développement d'un système qualité. Au Royaume-Uni, lors de la réforme du GMS Contract en 2004, d'importants investissements ont été réalisés : « les cabinets seront incités à exploiter l'utilisation des technologies de l'information et de la gestion, à la fois en termes de résultats cliniques et de systèmes de gestion. » Les Primary Care Organization ont reçu pour mission de supporter les coûts d'installation ou de mise à niveau de systèmes accrédités. Un système de collecte et d'analyse des données du QOF a été créé : le QMAS (Quality and Management Analysis System). [47]

En Australie, selon le Royal Australian College of General Practitioner,

Comme indiqué dans le rapport du General Practice Strategy Review Group, une bonne gestion de l'information et de la communication est considérée comme essentielle à l'amélioration de la qualité des soins dispensés par les médecins généralistes. (...). Trouver des façons de promouvoir l'adoption rapide des technologies de l'information pour améliorer la gestion de l'information est considérée par beaucoup comme l'étape la plus importante qui pourrait être nécessaire pour améliorer la qualité de la médecine générale .

(traduit par nos soins d'après [52]).

De la même façon, pour nos voisins belges dans le rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé [2],

L'intégration de développements informatiques pour la collecte de données et pour la mesure de la qualité des pratiques de médecine générale doit être discutée en relation avec le programme Be-Health; le soutien financier (de la plateforme qualité, des médecins généralistes, de l'infrastructure informatique) ou la réaffectation des budgets existants sera nécessaire dans le futur pour améliorer de manière significative la qualité des soins en termes de processus et de résultat.

Enfin, les MSP visitées sont bien équipées et organisées au regard des risques infectieux au cabinet, notamment en terme d'équipements de stérilisation (utilisation dans huit MSP sur neuf d'un dispositif de stérilisation à la vapeur), ou d'hygiène des mains.

Comme nous l'avons déjà discuté, les réunions d'équipe sont régulières, pour des problématiques de gestion de la structure, mais aussi autour d'échanges de pratique, de coordination, de formation continue ou d'organisation des soins. Ces rencontres sont plus fréquentes entre médecins (six MSP sur neuf organisent des réunions hebdomadaires au moins entre MG), qu'interprofessionnelles (trois MSP sur neuf organisent des réunions entre tous les professionnels de santé sur une base mensuelle ; trois autres MSP organisent ce genre de réunions à l'occasion de thématiques particulières, mais sans fréquence déterminée). On ne retrouve aucune réunion interprofessionnelle n'impliquant pas les médecins.

On a pu remarquer, d'après nos visites et nos entretiens sur le terrain, que les temps de réunions, pris sur le temps libre de l'ensemble des professionnels à l'exercice libéral, constituent une charge importante à leurs yeux. Dans certaines des MSP, les réunions de gestion et de constitution des projets accaparent les professionnels pendant les mois voire les années nécessaires à la construction de la MSP, et les concertations, une fois la structure fonctionnelle, deviennent plus difficiles à organiser (emplois du temps chargés ; temps « professionnel » qui doit être consacré à ces actions, peu compatible avec des rémunérations issues uniquement du paiement à l'acte ; volonté d'élargir les équipes pour répondre aux besoins d'une part, et dégager du temps d'autre part).

C'est « dans cette perspective, [qu'] il est nécessaire de faire évoluer les modes de rémunérations actuelles (sortir du paiement unique à l'acte) », selon les recommandations du colloque bisontin [27], afin de libérer des moyens horaires et financiers nécessaires aux rencontres de coordination et de coopération (« En priorité, mettre en place des forfaits pour les réunions de synthèse, de pair, de coordination, de staff, de gestion des Maisons de santé »).

C'est également la conclusion de Y. Bourgueil, suite à l'étude exploratoire [3] dans laquelle a pris forme notre travail :

Des gains d'efficience supposent à la fois un investissement plus important de la part de ces structures dans l'organisation, mais également la réalisation de tâches supplémentaires comme l'éducation thérapeutique (...). À ce titre, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération, en complément ou en substitution partielle au seul paiement à l'acte, permettront, au sein des pôles de santé, maisons de santé et centres de santé, de tester l'hypothèse d'une efficience supérieure de la rémunération des structures collectives.

Les moins bons résultats sont obtenus pour la dimension « Equipement non médical » et « Equipement médical » du domaine « Infrastructure » et « Politique d'amélioration de la qualité » ; et la dimension « Gestion des plaintes » du domaine « Qualité et sécurité » : nous reviendrons sur ces pistes d'amélioration de la qualité des soins (voir infra § D.1.7).

D.1.5 VARIATION DES RESULTATS EN FONCTION DE DIFFERENTS PARAMETRES

D.1.5.1 Ancienneté des MSP

L'outil EPA a été validé en 2005. Nous avons voulu observer les résultats des trois MSP dont la date d'ouverture précède 2005, et ceux des MSP ouvertes plus récemment (deux en 2005, trois en 2007).

	DOMAINE INFRA STRUCTURE	DOMAINE INFORMATIONS DONNEES ET	DOMAINE QUALITE SECURITE ET	SYNTHESE DES RESULTATS
ECHANTILLON TOTAL	79,1 %	76,4 %	59,6 %	74,1 %
MSP CONSTRUITES AVANT 2005	77,4 %	75,5 %	68,75 %	74,9 %
MSP CONSTRUITES APRES 2005	79,9 %	76,8 %	54,8 %	73,7 %

Tableau D.1 : Résultats des MSP construites avant et après 2005.
Proportion observée d'indicateurs qualité validés

On observe des résultats proches, entre MSP construites avant et après la mise au point de l'outil EPA.

On note par contre des résultats supérieurs, dans le domaine « qualité et sécurité », pour les MSP plus anciennes. Cette différence s'observe notamment pour la dimension « politique d'amélioration de la qualité » (66,6 % d'indicateurs validés par les trois MSP construites avant 2005, contre 42,9 % d'indicateurs validés par les MSP construites après ; et 50,8 % de points validés en considérant l'échantillon total de neuf MSP).

Parmi les MSP que nous avons visitées, les plus récentes s'engagent moins souvent dans une démarche qualité que les plus anciennes (celles construites avant 2005).

D.1.5.2 Effectifs des MSP en professionnels de santé

Nous avons voulu observer les résultats des cinq MSP comptant plus de 10 professionnels de santé, par rapport aux quatre MSP en comptant moins de 10.

	DOMAINE INFRA STRUCTURE	DOMAINE INFORMATIONS ET DONNEES	DOMAINE QUALITE ET SECURITE	SYNTHESE DES RESULTATS
ECHANTILLON TOTAL	79,1%	76,4 %	59,6 %	74,1 %
MSP comptant moins de 10 professionnels de santé	75,2 %	75,2 %	57,1 %	71,5 %
MSP comptant plus de 10 professionnels de santé,	<u>82,1 %</u>	<u>77,4 %</u>	<u>61,5 %</u>	<u>76,1 %</u>

Tableau D.2 : Résultats des MSP comptant moins et plus de dix professionnels de santé.
- Proportion observée d'indicateurs qualité validés.

On observe des résultats supérieurs dans chaque domaine, pour les MSP de taille supérieure à 10 professionnels de santé (effectif variant de 11 à 22).

Dans le domaine « Infrastructure », outre les différences observées dans la dimension « technologies de l'information » du fait de la non informatisation d'une MSP, les MSP de moins de 10 professionnels de santé obtiennent des résultats inférieurs dans la dimension « équipement médical » (52,2 % d'indicateurs validés contre 63,3 % pour les plus grosses structures).

Dans le domaine « Informations et données » les résultats sont proches. On observe cependant des résultats supérieurs pour les petites structures dans la dimension « données cliniques, dossier médical » (77,9 % d'indicateurs qualité validés pour les MSP de moins de 10 professionnels, contre 73,7 % pour les plus grosses structures).

Dans le domaine « Qualité et sécurité », on observe, pour les plus grosses structures, des résultats supérieurs pour la dimension « politique d'amélioration de la qualité » (54,3 % d'indicateurs qualité validés contre 46,4 %), mais des résultats inférieurs dans la dimension « sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections », relative aux protocoles et matériel utilisés pour assurer l'hygiène dans la maison de santé (78,8 % d'indicateurs qualité validés contre 85,2 % pour les plus petites structures).

D.1.5.3 Existence d'un projet médical formalisé avec objectifs d'évaluation

Deux MSP ne bénéficient pas d'un financement FAQSV - FIQCS, qui demande la réalisation d'un projet médical formalisé et de bilans d'activité annuels. Leurs résultats ont été observés vis-à-vis des sept autres MSP.

	DOMAINE INFRA- STRUCTURE	DOMAINE INFORMATIONS ET DONNEES	DOMAINE QUALITE ET SECURITE	SYNTHESE DES RESULTATS
ECHANTILLON TOTAL	79,1%	76,4 %	59,6 %	74,1 %
MSP adoptant un projet médical formalisé,	<u>81,4%</u>	<u>78,3%</u>	58,7 %	<u>75,6 %</u>
MSP sans projet médical formalisé,	70,1 %	69,8 %	<u>62,5 %</u>	68,8 %

Tableau D.3 : Résultats des MSP ayant adopté ou non un projet médical formalisé
- Proportion observée d'indicateurs qualité validés.

D'après l'IRDES [3], pour les sept MSP qui disposent d'un projet médical écrit et formalisé,

La formalisation écrite [est] souvent induite par la demande de subvention soit pour l'investissement soit pour le fonctionnement. Les objectifs le plus souvent mis en avant sont l'amélioration de la qualité des soins et le développement d'une prise en charge globale et multidisciplinaire (7/7), l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire (6/7) et enfin l'amélioration des conditions de travail (4/7).

On observe pour ces sept MSP des résultats supérieurs à ceux de l'échantillon total, dans les domaines « Infrastructure » (81,4 % d'indicateurs qualité validés contre 79,1%) et « Informations et données » (78,3 % d'indicateurs qualité validés contre 76,4 %).

On observe des résultats inférieurs, dans le domaine « Qualité et sécurité », à ceux des deux MSP sans projet médical formalisé (62,5 % d'indicateurs qualité validés). Cela se retrouve dans la dimension « Politique d'amélioration de la qualité », avec 49 % d'indicateurs qualité validés pour les MSP avec projet médical, contre 57,1 % pour les MSP sans projet médical.

D.1.5.4 Financement exclusivement privé ou mixte

Nous avons voulu observer les résultats des quatre MSP n'ayant bénéficié d'aucun aide financière de la part des collectivités locales pour la conception et ou la construction immobilière, et donc financées exclusivement par les professionnels de santé.

	DOMAINE INFRA- STRUCTURE	DOMAINE INFORMATIONS ET DONNEES	DOMAINE QUALITE ET SECURITE	SYNTHESE DES RESULTATS
ECHANTILLON TOTAL	79,1%	76,4 %	59,6 %	74,1 %
MSP financés seulement par des fonds privés,	79%	75,4%	<u>68,75 %</u>	75,5 %
MSP avec un soutien financier partiel ou total,	79,1 %	<u>77,2 %</u>	51,9%	72,9 %

Tableau D.4 : Résultats des MSP, en fonction du mode de financement, privé ou mixte.
Proportion observée d'indicateurs qualité validés.

Les MSP financées uniquement par des fonds privés valident autant d'indicateurs qualité du domaine « Infrastructure » que les MSP financées en partie ou totalement par les collectivités territoriales (indépendamment des financements FIQCS).

Elles valident plus d'indicateurs qualité du domaine « Qualité et sécurité » que les MSP partiellement ou totalement soutenues par les collectivités locales (68,75 % d'indicateurs qualité validés contre 51,9 %), notamment dans la dimension « Politique d'amélioration de la qualité » (67,9 % d'indicateurs qualité validés contre 37,1%).

D.1.6 COMPARAISON AUX RESULTATS DISPONIBLES

Sur les 80 indicateurs qualité inclus dans notre travail, 43 permettent une comparaison avec les références issues des travaux de l'équipe EPA ([44] et [45]) ou des bases de données britanniques du National Health Service (soit 54 % des indicateurs de notre outil adapté).

On observe, pour les MSP de notre échantillon, des résultats supérieurs ou égaux (à +/- 1%) pour 29 de ces 43 indicateurs (67 %).

On observe, pour les MSP de notre échantillon, des résultats inférieurs pour 13 de ces 43 indicateurs (30%).

D.1.7 CIBLES D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

Notre travail, dans le cadre d'une démarche qualité des maisons de santé pluridisciplinaires, a eu pour objectif d'utiliser des indicateurs validés, permettant de cibler des pistes d'amélioration de la qualité des soins fournis.

Nous pouvons, au regard des résultats obtenus par l'échantillon de neuf MSP, dégager certaines pistes d'amélioration de la qualité des soins, et faire les propositions suivantes :

D.1.7.1 Dans le domaine infrastructure :

- Fournir un affichage extérieur précisant la composition des équipes pluridisciplinaires, les horaires d'ouverture et les numéros de téléphone à composer pendant et en dehors de ces horaires.
- Discuter et encadrer par des procédures écrites, quels conseils peuvent être donnés au téléphone par les réceptionnistes (secrétaires d'accueil).
- Assurer un affichage de signes « Non-fumeur » à l'intérieur de la structure.
- Prévoir un armoire fermée à clé et réservée au stockage des médicaments.
- Posséder un réfrigérateur avec thermomètre à minima-maxima, réservé au stockage des médicaments.
- Mettre au point une liste écrite décrivant quels médicaments et quel matériel médical doivent être disponibles sur site, et dans les trousse d'urgence des médecins.
- Mettre au point une procédure de contrôle des dates de péremption des médicaments présents sur site, et dans les trousse d'urgence des médecins.

D.1.7.2 Dans le domaine « Informations et données »

- Publier une brochure d'informations sur la maison de santé, en discutant des informations pertinentes à fournir.
- Mettre au point une procédure écrite décrivant des règles communes de tenue des dossiers médicaux informatiques précisant :
 - le vocabulaire commun de rédaction des données (par exemple au sujet des abréviations...) ;
 - la nécessité d'enregistrer chaque contact avec un patient, quelle que soit sa nature (téléphonique, en consultation, écrit...) et concernant l'ensemble des membres de l'équipe (y compris les réceptionnistes, en discutant quelles informations pertinentes doivent être enregistrées : demandes de renouvellements d'ordonnance, rendez-vous non honoré, demandes de renseignements concernant des résultats d'examen...).
 - le niveau d'exigence attendue concernant la retranscription de l'examen clinique : données de l'interrogatoire (notamment les antécédents médicaux, les données administratives), de l'examen physique, traitement proposé, examens complémentaires proposés, avis spécialisés requis, informations données aux patients.
 - l'utilisation éventuelle d'un système international de codage des données, permettant cette unité de langage et l'utilisation possible de ces données.
 - la création d'adresses électroniques spécifiques permettant l'utilisation éventuelle de courriers électroniques (lettres aux confrères, courriers aux patients...).
- Prévoir dans chaque salle de consultation une séparation physique améliorant l'intimité du patient.

D.1.7.3 Dans le domaine « Qualité et Sécurité »

Etablir une politique d'amélioration de la qualité comportant :

- des réunions d'équipe tenues mensuellement sur le sujet de la qualité des soins, dont les sujets et la forme correspondent à des besoins identifiés :
 - revues types groupes de pairs ;
 - analyse d'évènements significatifs ;
 - discussions autour de cas ;
 - établissement de protocoles de prises en charge cliniques, ou autour de thématiques de coordination, de sécurité, d'hygiène, selon les recommandations de la HAS ;
 - formation continue sur des problématiques de prise en charge ;
 - discussions autour de la stratégie/coordination interne de la maison de santé : projets de soins ;

- des procédures d'évaluation (évaluation et définition des cibles d'amélioration de la qualité, avis des patients, audits cliniques, évaluation des mesures et des actions entreprises, gestion des plaintes).

D.2 LIMITES DE NOTRE TRAVAIL

D.2.1 SUR LA CONSTITUTION DE NOTRE GRILLE D'INDICATEURS

D.2.1.1 Indicateurs de l'EPA

- Il s'agit d'un outil développé dans une optique de comparaison internationale de la qualité des systèmes de soins primaires, dont les indicateurs, comme nous l'avons présenté, ont été soumis à une procédure de validation impliquant des spécialistes de la qualité des soins dans six pays. L'ensemble de ces indicateurs est donc théoriquement adapté au contexte de chaque pays. Cependant, la revue de littérature qui a servi de base à cette liste d'indicateurs s'est inspirée des sources existantes, issues essentiellement de pays anglo-saxons et des Pays-Bas. Lors de l'étude de validation sur le terrain, les chercheurs ont ainsi observé des différences marquées entre experts des différents pays impliqués. Celles-ci s'expriment notamment dans le domaine de la politique qualité, que les experts français n'ont pas jugé essentielle [41] : « Les contextes nationaux varient à nouveau ici, montrant la plus grande différence entre le Royaume-Uni et la France. Dans le domaine Qualité et Sécurité, [les experts] britanniques ont validé 25 indicateurs quand les français n'en ont validé que 10 ».

- Cet outil n'a pas été développé spécifiquement pour un cadre d'exercice de groupe pluridisciplinaire. Cependant, issu de travaux d'équipes anglo-saxonnes et néerlandaises, pays dans lesquels l'exercice en groupe est majoritaire, il nous semble adapté, et pertinent dans l'exercice en MSP françaises, dans la mesure où de nombreux indicateurs renseignent des aspects de coopération et de collaboration dans un travail en équipe.

- Notre recherche bibliographique nous a permis d'accéder à la version 2008 des indicateurs EPA, par l'intermédiaire de Mr le Pr Falcoff. Ceux-ci sont également disponibles et utilisables via le portail Internet, et avec l'autorisation de EQuIP [42] :

EQuIP aim at make validated and valuable tools for quality improvement easily accessible to GPs and others involved in quality improvement, regardless of whether EQuIP has been directly involved in their development or not :

EQuIP a pour objectif de rendre accessible aux médecins généralistes et autres personnes impliquées dans l'amélioration de la qualité, les outils validés et d'une grande valeur dans cet objectif, que EQuIP ait été impliquée directement dans leur développement ou non.

Pour permettre une comparaison avec des études utilisant les mêmes indicateurs, nous avons décidé de citer les résultats de l'étude pilote datant de 2005. Les résultats de la procédure EPA complète, appliquée désormais dans différents pays, sont centralisés par l'Institut AQUA (qui commercialise l'EPA en Allemagne).

D.2.2.2 Indicateurs du QOF

- Nous avons évoqué et discuté un éventuel biais dans l'utilisation et la combinaison d'indicateurs de l'EPA et du QOF. Comme nous l'avons présenté plus haut, on constate une démarche similaire dans leur développement : les indicateurs utilisés dans le cadre du QOF sont issus d'outils d'évaluation professionnelle et formative, développés par le Royal College of General Practitioners, ou du Good Medical Practice. Ils n'ont pas été développés initialement dans l'objectif de paiement à la performance mais utilisés comme tels, en pondérant chaque indicateur (avec une valeur monétaire du point).

- Notre sélection des indicateurs est partielle et partielle, et concerne uniquement les indicateurs organisationnels, en supprimant les objectifs de performance appliqués à chacun. Nous avons choisi d'accorder la même valeur à chaque indicateur (pas de pondération).

- Chaque année depuis 2005 a lieu une réévaluation du QOF, avec « redistribution » des points et suppression de certains indicateurs. En 2005, cette révision du QOF a été menée par des représentants du NHS Employers, du General Practitioners Committee du BMA (syndicat de médecins), et des quatre Health Departments, un consortium de l'Université de Birmingham, du Royal College of General Practitioners et de la Society For Academic Primary Care constituant le panel d'experts [53]. Certains indicateurs organisationnels que nous avons choisis de conserver dans notre travail ont été écartés à cette occasion. Les raisons évoquées n'étaient pas un manque de validité ou de pertinence de ces derniers, mais au contraire que ces « *Organisational indicators removed where it was agreed that they represented Good Medical Practice* » : « ces indicateurs organisationnels furent supprimés là où il était acquis qu'ils correspondaient aux recommandations de bonne pratique médicale » : les cabinets britanniques avaient obtenu des résultats qui permettaient de penser que ces objectifs étaient atteints et non évolutifs.

- Notre travail présente donc une évaluation incluant ces indicateurs introduits en 2004, mais supprimés du QOF en 2006 (indicateur qualité n°6 = indicateur du QOF « RECORD 4 », n°73 = « RECORD 1 » ; n°74 = « RECORD 2 » ; n°76 = « RECORD 7 » ; n°84 = « RECORD 5 » ; n°85 = « RECORD 6 » ; n°87 = « RECORD 14 »). Il s'agit d'indicateurs évaluant la qualité du dossier médical électronique.

- D'autre part, les bases de données du National Health Service ne donnent pas accès aux résultats obtenus pour chaque indicateur du QOF entre 2004 et 2006.

D.2.2 OBJECTIVITE, PERTINENCE, FORMULATION DES INDICATEURS

SELECTIONNES : ANNEXE 5

Nous avons pu constater, au cours de notre travail, que certains indicateurs présentaient un défaut de faisabilité dans leur validation sur le terrain, ou que la traduction que nous avons effectuée était perfectible. Nous listons ici ces indicateurs, en proposant une adaptation de leur formulation ou une méthode permettant leur validation en pratique.

D.2.2.1 DOMAINE « INFRASTRUCTURE »

- Indicateur n°6 : « ***Il existe une procédure pour organiser les visites à domicile non urgentes, pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer*** » : remplacer « Il existe une procédure » par « Les professionnels de santé de la MSP ont organisé les horaires de visites à domicile non urgentes,... »?

- Manque d'objectivité et de pertinence de l'indicateur n°12 « **Les locaux ont l'air propre** » (traduction de « Premises look clean ») : remplacer par « Les locaux et le mobilier ont l'air entretenus » ou « sont en bon état », ou « L'entretien des locaux et du mobilier est satisfaisant ».

- Indicateur n°13 : « **Il y a suffisamment de places dans la salle d'attente** » : remplacer « Il y a suffisamment de places » par « Il y a (n places par professionnel de santé) en salle d'attente », en donnant un nombre de places assises nécessaires, variable en fonction du nombre de professionnels de santé.

- Indicateur n°15 : « **Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients** » : vue l'obligation rendue par les textes de loi de disposer de toilettes accessibles aux fauteuils roulants [50], ne peut-on pas le préciser dans cet indicateur : « **Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients, avec au moins un W.C. aménagé pour les personnes en fauteuil roulant, par niveau accessible au public** » ?

- Indicateur n°19 : « **On trouve au moins un ordinateur pour le personnel** » : remplacer par « On trouve un ordinateur par salle de consultation » ?

- Indicateur n° 27 : « **L'équipement médical essentiel est disponible sur le site (urgence, réanimation)** » : définir le matériel nécessaire afin d'assurer les soins urgents : nous avons considéré dans notre travail que électrocardiographe et/ou ambu et/ou matériel d'oxygénothérapie et/ou défibrillateur et/ou matériel d'intubation oro-trachéale et/ou d'aspiration, validaient l'indicateur.

- Les indicateurs 29 « **L'équipement médical essentiel est disponible sur le site (urgence, réanimation)** » et 30 « **Les principaux médicaments des trousse d'urgence ne sont pas périmés** » doivent être corrélés aux listes correspondantes des médicaments d'urgence devant être présents sur site et dans les trousse d'urgence (indicateur n°28a et 28b). Leur validation objective nécessite de vérifier les péremptions et la présence des médicaments sur site et dans les trousse d'urgence, par une procédure définie avant la visite sur place (par exemple : vérifier les dates de péremption de 10 produits sortis au hasard des armoires de rangement des médicaments, et des trousse d'urgence des médecins). Nous avons utilisé des données déclaratives dans notre travail. D'autre part, on pourrait remplacer les indicateurs n°29 et 30 par : « Existe-t-il une procédure organisant régulièrement un approvisionnement et des vérifications de dates de péremption des médicaments d'urgence ».

- A la relecture des indicateurs du QOF nous pensons qu'il serait pertinent d'ajouter l'indicateur MANAGEMENT 2 : « There are clearly defined arrangements for backing up computer data, back-up verification, safe storage of back-up tapes and authorisation for loading programmes where a computer is used » : « **Il existe des procédures clairement définies, relatives aux sauvegardes des données informatiques, et aux autorisations de modifications et installations de programmes.** » (Indicateur n°131).

D.2.2.2 DOMAINE « PERSONNEL » (écarté dans notre outil « thèse »)

- Les dimensions « Management » et « Formation initiale et continue » contiennent des indicateurs pertinents dans un objectif de certification ou de labellisation.
- Les indicateurs n° 56 « **Les secrétaires d'accueil sont formées à identifier et répondre de façon appropriée aux problèmes urgents** », 57 « **Tous les professionnels de santé et réceptionnistes suivent une formation continue complémentaire** » et 58 « **Tout le personnel médical et les réceptionnistes ont reçu une formation professionnelle dans les 12 derniers mois** » soulèvent la question de la formation continue des réceptionnistes, à l'exemple du Royaume-Uni où elles peuvent répondre aux problèmes urgents et donner des conseils téléphoniques structurés. Faut-il proposer une formation des secrétaires médicales aux premiers secours notamment, et encadrer leurs conseils téléphoniques par des protocoles adaptés ?
- Les dimensions « Satisfaction du personnel non médical » et « Satisfaction des médecins généralistes » sont plus pertinentes dans un objectif d'évaluation interne, et de développement de la qualité.

D.2.2.3 DOMAINE « INFORMATIONS ET DONNEES »

- Indicateur n° **61** : « ***Si une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible, elle contient des informations pertinentes*** » : même s'il est validé par méthode DELPHI, ne serait-il pas plus pertinent de préciser quelles informations on pense retrouver dans la brochure et remplacer les indicateurs n° 61, 62 et 63 par un seul indicateur : « Si une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible, elle contient des informations sur la composition de l'équipe de professionnels de santé, les horaires d'ouverture, les numéros de téléphone à joindre aux heures d'ouverture et en dehors de ces horaires. » Il faut également s'interroger sur les autorisations déontologiques et légales à ce genre de document, qui ne doit pas être assimilé à une « publicité ».

- Il nous semble peu pertinent de conserver l'indicateur n°69 « **Chaque Médecin Généraliste a accès aux bases de données bibliographiques (pubmed, medline, cochrane)** », car, même s'il renseigne sur l'utilisation des nouvelles technologies, nous supposons que ces bases de données ne sont pas utilisées en pratique courante en France, dans le cadre des consultations. De plus, leur accès est possible à tout utilisateur d'Internet. Nous proposons de le modifier pour « **Chaque Médecin Généraliste a reçu une formation à l'utilisation des bases de données bibliographiques sur Internet (pubmed, Medline, Embase).** »

- Indicateur n°72 « **La MSP soutient les fumeurs dans leur démarche de sevrage grâce à un protocole, en leur fournissant des informations écrites et un soutien médicamenteux adapté** » : Il semble important aux britanniques d'établir un protocole concernant la prise en charge coordonnée du sevrage tabagique, considéré comme un enjeu de santé publique. On peut s'inspirer de cet indicateur dans une démarche qui correspond aux objectifs des MSP (démarches de santé publique), et d'une protocolisation des soins telle que la recommande la HAS [26].

- Indicateurs 73 à 81f et n°87 : ils illustrent l'utilisation optimale des dossiers informatisés, et le codage des données patients, indispensable pour toute évaluation des méthodes (« process ») de soins et des résultats (« outcomes »). La pertinence de ces indicateurs nous paraît importante, mais l'objectivité de leur évaluation plus difficile en pratique. Nous avons utilisé dans notre travail des données déclaratives, ce qui constitue un biais considérable. On observe qu'il en a été de même lors des études de validation EPA (indicateurs validés lors de l'entretien avec le professionnel de santé référent de l'étude). Dans le cadre du QOF, une procédure d'évaluation de ces indicateurs a été mise au point (20 dossiers sont tirés au sort parmi la liste de patients) et pourrait être reprise dans une démarche de labellisation utilisant cette liste d'indicateurs.

- L'indicateur n°74 « **Les informations entrées dans le dossier sont compréhensibles par tous** » : issu du QOF, pourrait être plus compréhensible par « Une procédure décrit un langage commun de rédaction des informations écrites dans le dossier médical (notamment des abréviations). »

- Indicateur n°83 : « **Il y a un système permettant de retrouver les traitements prescrits à chaque patient** » : la traduction de l'anglais «There is a system for reviewing medication prescribed to individual patients » pouvait plutôt nous faire traduire cet indicateur par « Il y a un système permettant de passer en revue les traitements prescrits à chaque patient », dont la pertinence est de permettre de distinguer le traitement en cours (dernier traitement prescrit) du traitement habituel du patient (médicaments prescrits et renouvelés dans le cadre de pathologies chroniques).

- L'intérêt de l'indicateur n°85 (« Il existe une procédure pour s'assurer que les membres de l'équipe sont informés des décès ») peut être discuté. Pour les britanniques, «There should be a description of the system for informing team members of a patient's death. (Grade C) » [54] (« Il devrait exister une description du système permettant d'informer les membres de l'équipe lors du décès d'un patient »), description de l'indicateur RECORD 6 du QOF, que nous avons traduit. Celui-ci a l'intérêt d'explorer l'aspect relationnel entre les membres d'une équipe, pertinent dans notre démarche.

- L'indicateur n° 89 « **Il y a une organisation entre les professionnels assurant la permanence des soins** » pourrait être reformulé de la façon suivante : « **L'ensemble des professionnels de santé participe à l'organisation de la permanence des soins** ». En effet, selon le CNOM et d'après l'article 77 du code de déontologie : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » [49]. L'organisation des gardes, par secteur ou par villes, est obligatoire en France.

- Les indicateurs n° 90 « **Une procédure interne permet de s'assurer que le médecin prend connaissance des soins prodigués par les médecins de garde** » et n°91 « **La maison de santé a rapidement connaissance des recours aux médecins de garde par ses patients** », nous semblent difficilement adaptables au contexte français (il n'existe pas à notre connaissance de système d'informations permettant une traçabilité des soins prodigués lors des gardes, à moins d'obtenir les comptes-rendus des appels téléphoniques gérés par la régulation libérale, le centre 15, ou les médecins de garde du secteur?).

- Indicateur n°98 : « **Un espace particulier permettant le déshabillage et l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation** » : modifier la traduction pour : « Une séparation physique permettant l'intimité lors du déshabillage et de l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation ».

- Indicateur n°99 : « **L'insonorisation et la confidentialité de l'accueil et des salles de consultation sont assurées** » : comme nous l'avons déjà noté, l'évaluation objective de l'insonorisation est difficile en pratique. Nous nous sommes basés sur des données déclaratives des secrétaires réceptionnistes, qui connaissent les locaux. Cet indicateur n'a pas été utilisé lors des études de validation EPA : « Finalement, nous ne pûmes pas développer les questions appropriées pour quelques autres indicateurs, comme « les conversations en salle de consultation ne peuvent pas être entendues par les autres patients » [45].

D.2.2.3 DOMAINE « QUALITE ET SECURITE »

- Indicateurs n°101 : « **Il y a une réunion d'équipe au moins mensuelle, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel** » et 102 « **Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel** » : dans le cadre de notre travail nous avons choisi de supprimer « avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel ».

- Au vu des réponses obtenues, il est nécessaire de préciser ce que nous entendons par « qualité », concernant l'indicateur n°102 « **Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité** », en incluant dans cet indicateur les différents types de démarche qualité : « revue de dossiers, discussions autour de cas difficiles, thématiques de coopération ».

- L'indicateur n°105 : « **Au moins un audit clinique a déjà été conduit** », a été invalidé par méthode DELPHI lors de l'étude de validation en 2005, mais on le retrouve dans la version 2008. Nous l'avons donc conservé, même si cette méthode est peu développée en France, et semble de tradition plus « anglo-saxonne », tout comme les procédures d'analyse « d'incidents critiques » (voir ci-dessous).

- L'indicateur n°106 « **Le rapport annuel de la maison de santé contient un rapport sur la qualité** » part du principe que tout cabinet médical produit un rapport annuel. Cette notion se vérifie pour les cabinets anglo-saxons, mais ne nous paraît applicable en France que pour les structures recevant certaines subventions (du FIQCS par exemple). Toutefois, nous l'avons conservé dans le cadre de notre travail, en considérant qu'un rapport d'activité est un support nécessaire dans le cadre d'une démarche qualité applicable aux MSP.

- Indicateurs n°113 « **Il existe un registre des incidents critiques** » et 114 « **Les incidents critiques sont analysés et discutés** » : comme nous l'avons dit ci-dessus, l'analyse des incidents critiques correspond à une définition et une approche qui ne sont pas répandues en France, à notre connaissance. Pour approfondir cette définition, nous sommes revenus sur l'indicateur QOF EDUCATION 2 « **Le cabinet a effectué une revue d'évènements significatifs six fois au cours des trois dernières années** », et qui fait référence, dans les documents publiés par le NHS employees et le syndicat British Medical Association [48], à une méthodologie développée par le Royal College of General Practitioners¹⁶. Celle-ci est désormais appliquée dans le cadre de la procédure de « licence » et de « revalidation » obligatoire des médecins britanniques, organisée depuis novembre 2009 par le General Medical Council. C'est une démarche d'audit clinique qui consiste à discuter, dans une démarche multidisciplinaire, de cas ou évènements particuliers.

¹⁶ Royal College of General Practitioners. *Significant Event Auditing: Occasional Paper 70*. London: RCGP, 1995

Ceux-ci peuvent correspondre à une pratique efficace (prise en charge qui s'est révélée bonne *a posteriori*) ou responsable d'effets indésirables iatrogènes ou non (exemple : hypoglycémies chez un diabétique, courrier ou résultat n'ayant pas reçu les suites adéquates, décès subit...) afin d'en discuter les causes et d'en tirer des décisions permettant d'éviter de nouveaux cas défavorables, et de favoriser les pratiques efficaces.

Il s'agit finalement d'une méthodologie standardisant les discussions observées en groupes d'analyse de pratiques type « revue entre pairs », et ciblant les évènements « significatifs ».

Nous proposons, comme les britanniques, de modifier la terminologie « incidents critiques » pour « **évènements significatifs** ».

Notre étude comporte des biais, vis-à-vis de la démarche globale de l'EPA telle qu'elle est décrite par l'équipe de chercheurs :

- Notre liste d'indicateurs et notre démarche d'évaluation ont porté sur un nombre volontairement restreint de critères, pour des arguments déjà présentés. Cette simplification était indispensable à nos yeux, dans un travail de thèse pour un étudiant seul (l'étude belge, présenté dans le rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé [2], soulève la lourdeur des moyens humains nécessaires pour une procédure complète).

- Nos visites sur site ont été réalisés dans le cadre de l'étude IRDES, dont les questionnaires n'étaient pas issus des indicateurs QOF ou EPA. Notre travail d'évaluation s'est donc fait à partir de ces données, avec une démarche *a posteriori*, que nous avons complétées par des entretiens téléphoniques et par courriers électroniques, rétrospectivement. Comme nous l'avons décrit dans le paragraphe précédent, de nombreuses données sont déclaratives et n'ont pas pu être vérifiées objectivement. Nous avons proposé une méthode permettant d'améliorer la faisabilité de l'utilisation de certains indicateurs.

- Enfin, la démarche EPA, dans un cadre de développement de la qualité, nécessite un travail de restitution sur site, qui est réalisé en temps réels à la fin de la visite, grâce au logiciel VISIO-TOOL ® (propriété de l'association AQUA qui commercialise la démarche complète, cf supra). Nous n'avons pas réalisé une telle réunion, qui aurait nécessité de se déplacer à nouveau dans les neuf MSP. Toutefois, un document de restitution est envoyé à chaque MSP. Une présentation des résultats de nos travaux pourrait également être envisagée (sans renoncer à la confidentialité des données), par exemple lors des réunions des fédérations de maisons de santé.

D.3 ATOUTS ET PERSPECTIVES

D.3.1 POLITIQUE FRANCAISE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

- En 2008, les principaux syndicats de Médecine Générale ont lancé une réflexion visant la création d'un collège de Médecine générale (à l'instar de ce qui existe déjà à l'étranger) [55]. Cet appel aux sociétés savantes (Société Française de Médecine Générale, Société Française de Thérapeutique du Généraliste, Collège National des Généralistes Enseignants, Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale) s'est concrétisé par la création d'un collectif VUC « Vers Un Collège de Médecine Générale » (communiqué du 29 avril 2009).

- Dans un communiqué intitulé « Amélioration de la qualité des soins et des pratiques : pour un développement professionnel continu (DPC) » [56], on peut lire notamment que « Le groupe « Vers un Collège de Médecine Générale » (VUC) considère que :

- *l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques doit reposer sur une démarche d'auto évaluation portée par la profession.*
- *la profession doit définir elle-même les indicateurs de qualité sur des bases scientifiquement validées.*
- *les démarches d'amélioration de la qualité doivent s'appuyer sur une pluralité de méthodes. »*

- Cette évolution dans l'organisation des sociétés savantes et des représentations syndicales françaises semble faire écho à l'avis du centre fédéral d'expertise des soins de santé datant de 2008 [2] :

La volonté des autorités, un leadership manifeste et une politique nationale en matière de qualité sont des conditions indispensables à la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité en médecine générale. Un futur système pour l'amélioration de la qualité concerne tous les médecins généralistes, tant ceux qui pratiquent seuls que ceux qui pratiquent dans le cadre d'une association.

- Du côté des professionnels de santé, « le monde académique et les associations de médecins ont un rôle important à jouer en termes de contenu, en enseignant aux (futurs) médecins généralistes les concepts d'amélioration de la qualité. Ils sont en outre compétents pour développer des groupes d'indicateurs incluant des indicateurs cliniques et non cliniques. » (*ibid*).

Enfin, pour ces experts, «les premières étapes capitales de ce projet [de mise au point d'un système d'amélioration de la qualité] prometteur sont une politique de qualité explicite, la création d'une plateforme qualité et l'implication du monde académique et des associations de médecins dans la définition des initiatives, outils et indicateurs de qualité. » (*ibid*)

Ainsi, si la France voit actuellement apparaître l'un des pré-requis à un système d'amélioration de la qualité des soins, et développe une démarche de « développement professionnel continu » (cf §A.3.2.2.3), quelles sont les expériences internationales en la matière?

D.3.2 POLITIQUES INTERNATIONALES D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS (D'APRES [2])

Plusieurs pays ont mis au point ou adapté une procédure d'évaluation de la qualité des soins, à l'échelle de ses praticiens ou des cabinets médicaux :

- En Allemagne, la plupart des contrats auprès des caisses privées d'assurance maladie rendent obligatoire une certification des médecins. Des « Cercles qualité » utilisent et permettent le développement d'indicateurs qualité issus et adaptés des travaux du National Primary Care Research and Development Center britannique, via l'institution AQUA. Celle-ci est également impliquée dans le projet EPA, commercialisant la démarche complète, et elle est propriétaire du logiciel VISIO-TOOL®. En 2004, une loi a introduit l'obligation pour les cabinets allemands, de disposer à partir de 2009 d'une démarche qualité interne. La procédure EPA est l'une des démarches proposées, validant cette obligation.

- Les cabinets néerlandais sont également soumis à une procédure de certification, initialement supervisée par le Dutch College of General Practitioners, sous la forme de « Visit in Practices » (« Visites de cabinets », utilisant une procédure se rapprochant de la démarche EPA, avec questionnaires et visites sur sites par des pairs) développée par le WOK (Centre pour la recherche sur la qualité des soins, de l'Université de Nijmegen) [57]. Cet institut, et notamment Mr le Pr Grol, sont également impliqués dans le développement de l'EPA. Les indicateurs qualité utilisés dans les deux cas se recoupent.

- Les britanniques ont développé plusieurs méthodes d'évaluation de la qualité des soins, sans recours à une démarche de « régulation ». Le Royal College of General Practitioners est à l'origine des démarches Quality Practice Award et Quality Team Development notamment, et est impliqué dans le développement du QOF, en relation avec le principal syndicat de médecins généralistes britanniques.

- En Australie : afin d'exercer la médecine en soins primaires, chaque médecin doit obtenir une accréditation appelée le « fellowship » du Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) (permettant d'obtenir le titre de « fellow », que l'on peut traduire par « compagnon » ou « sociétaire »), par différents moyens, et de le maintenir ensuite [58] :

- le « *vocational training route* », véritable « compagnonnage » ; le « *practice route* » adapté aux médecins déjà en exercice ;

- « *l'alternate route* » adressé aux médecins ayant un parcours universitaire ;

- le « *fellowship ad eundem gradum* » réservé aux médecins d'origine étrangère.

Pour maintenir cette « accréditation », tous les médecins généralistes doivent participer à un programme de développement professionnel continu et d'assurance qualité (appelé Quality Assurance & Continuous Professional Development) pour maintenir leur accréditation. Ce programme triennal inclut audits cliniques, participation à des « petits groupes d'apprentissage », des « stages cliniques supervisés », participation à des cours d'enseignement supérieur, à des activités de recherche, à l'écriture d'articles dans les revues spécialisées.

D'autre part, un système d'accréditation des cabinets médicaux australiens est basé sur une démarche de visites et d'évaluation selon les « standards » du RACGP [59], supervisée par des organismes indépendants non commerciaux (comme l'Australian General Practices Accreditation Limited). Cette démarche d'origine « professionnelle » repose sur un système « éducationnel », non obligatoire, et donne droit à une rémunération supplémentaire dans le cadre du « Practice Incentive Program ».

D.3.3 QUELLE PLACE POUR NOTRE TRAVAIL DANS CE CONTEXTE ?

D.3.3.1 Analyse des recommandations pour la conception et l'organisation des MSP, publiées en 2008 [27]

Comme l'expriment les recommandations du colloque national de Besançon, le concept de Maisons et pôles de Santé repose sur un projet dont les professionnels de santé sont à l'origine.

Ce projet initial est à la fois **structurel et professionnel**, chacune de ces deux dimensions demandant un investissement important en terme de temps de réflexion, de coordination et de réunions :

- La conception structurelle pose de nombreuses questions : le **projet architectural** lui-même, avec les montages juridiques et patrimoniaux d'un côté, et les contrats d'exercice d'un autre côté ; et surtout le **projet de financement**.
- Cette conception structurelle est développée parallèlement au « *projet de santé* » d'une part, avec **sa logique d'impact populationnel**, et ses thématiques de **santé publique** (prévention, pathologies chroniques) et d'**accessibilité**. D'autre part, le « *projet professionnel* » décrit les **moyens organisationnels** permettant d'atteindre les objectifs définis dans le projet de santé.

Les aspects de management sont la deuxième thématique explorée. Il est ainsi recommandé d'organiser le « support administratif » permettant la « **gestion du personnel et du matériel** », assurer le « partage d'information » via « **le support informatique** » ; la **formation initiale et continue et l'EPP** doivent aussi être envisagées, de même qu' « engager les maisons de santé en activité dans un **processus de certification** ».

Enfin, « les Maisons de santé cherchent à améliorer le service rendu aux patients à travers de nouvelles organisations pluriprofessionnelles innovantes », représentées par « la **coopération entre professionnels de santé** », « les **relations avec les patients et les usagers** », « le développement de nouvelles activités » dont l'élaboration de **protocoles**, le partage de compétences, l'élargissement vers des compétences spécialisées, vers des **actions de prévention et de santé publique**. Comme le soulignent ces recommandations, le projet structurel et organisationnel doit permettre et prévoir ce développement.

Ainsi, l'esprit de ces recommandations rejoint le cadre conceptuel de « practice management » que nous avons évoqué et repris pour notre travail, à travers les différents domaines et dimensions développés par les chercheurs de l'EPA.

D.3.3.2 PEUT-ON CONSTRUIRE UN SYSTEME QUALITE DES MSP A PARTIR DE CES RECOMMANDATIONS ET DES OUTILS EXISTANTS?

Les recommandations qui sont suivies au colloque bisontin de juin 2008, permettent ainsi d'envisager un ensemble de « standards », notamment en vue « d'Organiser et Gérer une maison de Santé » et de « Développer des pratiques innovantes ». En effet, nombre des propositions élaborées correspondent aux indicateurs de notre travail, sans qu'il existe à notre connaissance de lien entre elles et les travaux ayant abouti à l'EPA et au QOF.

Il apparaît également, comme le montrent les différents exemples internationaux que nous avons décrits et les volontés affichées par les sociétés savantes françaises de se concerter en formant un collège de Médecine Générale, que des systèmes d'amélioration de la qualité ambitieux tendent à voir le jour. La France, à ce jour, fait évoluer son programme d'évaluation des pratiques professionnelles en développement professionnel continu, à l'image du cadre qualité australien.

Reposant d'une part sur une politique explicite centrée sur les soins primaires, nécessitant de trouver un soutien et une volonté des autorités et des institutions, et d'autre part sur un dynamisme et une volonté ambitieuse des professionnels de santé, on peut trouver dans les maisons de santé pluridisciplinaires un terrain propice au développement d'un système qualité.

En effet, les MSP correspondent à un mode d'exercice récent qui cherche à se structurer, par l'intermédiaire des fédérations régionales et nationale notamment, et qui peut profiter des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération pour développer un système qualité.

Nous avons traduit et sélectionné un ensemble d'indicateurs validés au niveau international, et nous avons pu vérifier la faisabilité de cet outil par une étude sur neuf MSP françaises, utilisable donc dans une démarche de développement de la qualité de soins. Nous avons fait des propositions permettant à notre sens d'améliorer la formulation de certains des indicateurs et leur validation objective.

Le processus qui permettrait de faire correspondre l'ensemble des standards des recommandations existantes, à une grille d'indicateurs complète pourrait aboutir à un outil plus spécifique aux MSP.

Nous pouvons ainsi envisager l'enrichissement de la liste d'indicateurs que nous avons repris, grâce à l'une des méthodes de développement scientifiquement validées, comme ce fut le cas pour ceux que nous avons traduits. Nous n'avons ni l'expertise ni le cadre de travail collectif nécessaire à ce type de travail (comme une méthode DELPHI).

Il nous paraît judicieux de nous intéresser également aux travaux de l'URML Bretagne, qui ont développé une démarche s'inspirant des mêmes outils (« Démarche qualité des cabinets libéraux », développée avec le soutien du fonds d'aide à la qualité des soins de ville de Bretagne et du Nord Pas de Calais).

Cet outil serait utilisable dans une démarche d'évaluation interne, professionnelle, et éducationnelle comme le suggèrent le groupe « Vers un Collège de Médecine Générale » et les experts dont nous nous avons repris les publications.

Enfin, l'outil EPA a été adapté et utilisé dans plusieurs pays, dans le cadre de démarches d'accréditation ou de certification comme en Allemagne.

Ainsi, un objectif de labellisation ou d'accréditation, utilisant de tels outils, pourrait être privilégié. D'après les éléments bibliographiques que nous avons consultés, cette approche diffère d'une démarche de certification évoquée par les institutions. Le cadre et le système dans lequel il est développé et contrôlé s'oppose en effet à un processus de certification « légal » qui rejoindrait un objectif d'autorisation, et un système de régulation. L'aspect purement sommatif d'une telle démarche pourrait avoir comme conséquence l'unique préoccupation pour les professionnels de remplir les standards et les pré-requis, dans le but d'obtenir cette autorisation, loin de l'esprit d'un système qualité.

CONCLUSION

Notre travail de thèse a eu comme objectif principal de placer l'exercice de la médecine générale en MSP, dans une approche de l'amélioration de la qualité des soins et de son évaluation.

Il nous a paru tout d'abord essentiel de comprendre pourquoi, dans le contexte actuel, se développe une dynamique autour de ces structures :

- Nos recherches nous ont montré l'évolution actuelle de la démographie médicale, avec une diminution prévue dans les dix ans des effectifs globaux de médecins, et notamment de généralistes, qui serait compensée dans la décennie suivante. La problématique de leur répartition territoriale ne serait pas résolue par la répartition régionale des *numerus clausus* et des postes ouverts lors de l'examen classant national.

- L'évolution des modes d'exercice semble encore plus préoccupante, avec une dynamique de réduction progressive des installations et de l'exercice en médecine générale libérale, expliquée notamment par une féminisation de la profession qui se confirme, et par la perception de ce mode d'exercice comme contraignante par les jeunes générations d'étudiants et de médecins.

- L'exercice en groupe trouve dans ce contexte un terrain propice à son développement, correspondant aux attentes des médecins généralistes en terme d'organisation du travail, et à une dynamique observée dans de nombreux pays.

- Les pouvoirs publics soutiennent ces initiatives, notamment celles qui « *favorisent le plus la coopération entre professionnels* », et des expérimentations ont été lancées sur de nouveaux modes de rémunération dans ces structures pluridisciplinaires.

Dans le cadre global de l'exercice en groupe, il nous a, dans un second temps, paru important de replacer et définir le concept de maisons de santé pluridisciplinaires, qu'il convient de distinguer d'autres structures comme les maisons de garde ou les maisons médicales. Une définition légale est apparue en 2008, ne les distinguant pas des centres ou pôles de santé. Les pouvoirs publics et les professionnels encouragent donc le développement d'une structuration et d'un pilotage de ces projets. Cette dynamique s'est traduite par la publication de recommandations sur la conception et la gestion des MSP [27], qui s'adressent notamment aux « *professionnels travaillant déjà dans une Maison de santé qui souhaitent améliorer leurs pratiques et leur organisation.* » Il est également évoqué une « labellisation » ou une « certification », qui renvoie à un processus d'évaluation externe de la qualité des soins fournis.

Certains chercheurs font l'hypothèse d'une amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins dans ces structures. Les professionnels de santé y travaillant sont attachés à l'amélioration de la qualité des soins fournis. L'objectif de notre travail était de proposer un outil d'évaluation validé, et applicable dans une démarche de développement de la qualité des soins en MSP.

Il nous est apparu pertinent de nous intéresser aux démarches « professionnelles », appliquées dans un objectif « formatif », et dans un système « éducationnel » (d'après Shaw) d'amélioration de la qualité. Nous avons ainsi approfondi notre connaissance de deux outils validés et utilisables dans cet objectif, l'un au niveau européen, l'European Practice Assessment, développé par une équipe de chercheurs internationaux, l'autre au niveau britannique, le Quality and Outcomes Framework issu des travaux du Royal College of General Practitioners. Ces outils permettent une évaluation des soins dans le cadre de « Gestion de l'exercice médical » (« Practice Management »), s'attachant aux aspects structurels et organisationnels de la qualité des soins.

Nous avons traduit et sélectionné un ensemble d'indicateurs qualité que nous jugeons plus spécifiques et intéressants dans le cadre de l'exercice en MSP (ANNEXE 3).

Nous avons pu participer à l'étude exploratoire menée en 2008 par l'IRDES [3] dans l'objectif de préciser les spécificités de l'exercice en MSP au regard de la pratique de la médecine générale, et utiliser le matériau constitué par ces bases de données. Notre méthode a consisté en une étude évaluative des neuf MSP franc-comtoises et bourguignonnes incluses dans ce travail, grâce à nos visites sur site et à notre grille d'évaluation adaptée et simplifiée, convertie en questionnaires adressés aux médecins référents. L'application de notre outil, dans une démarche exploratoire, ne permet qu'une comparaison incomplète (taille de l'échantillon, données disponibles permettant une comparaison), et n'a pas pour objectif d'attribuer un jugement de valeur à ce mode d'exercice, au regard des autres formes d'exercice. La faisabilité de l'évaluation des MSP par ce procédé (visites sur site, questionnaires) est apparue satisfaisante, avec des moyens techniques et humains limités. Nous attirons l'attention sur le fait que nous n'avons pas appliqué la démarche complète telle qu'elle est décrite dans l'EPA, réservée à des équipes formées et des moyens de restitution des résultats le jour des visites sur sites, propriété de l'institut AQUA.

Nous avons pu néanmoins mettre en valeur les aspects positifs de l'évaluation des MSP visitées, avec des résultats traduisant des structures de qualité, en termes de conception des locaux, d'accessibilité physique et horaire, d'organisation des rendez-vous et consultations, de moyens technologiques et informatiques, de moyens permettant la prise en charge des urgences, et de moyens permettant une sécurité dans l'hygiène au cabinet, la gestion des déchets et matériels à risque infectieux. Ils traduisent aussi une rigueur dans la tenue des dossiers médicaux informatiques et l'enregistrement de données pertinentes. L'utilisation de ces outils évaluant la structure et l'organisation permet ainsi, dans une volonté d'amélioration de la qualité, d'encourager les systèmes d'information destinés au recueil de données indispensables à l'analyse des *méthodes* (« Process ») cliniques, et à la réalisation d'étude de performance. Le but serait de faire le lien entre qualité des soins au sens « structure » et qualité au sens des résultats des soins (« Outcomes »), telle que la définit Donabédian.

L'objectif est aussi et surtout d'évaluer quels éléments nécessitent une amélioration. Ces derniers, au regard de nos résultats, sont essentiellement organisationnels, et correspondent aux enjeux des « pratiques innovantes » comme le soulignent les recommandations du colloque bisontin de 2008 [27] : pluridisciplinarité, collaboration, protocolisation. Les politiques d'amélioration de la qualité dans les MSP visitées ne sont pas organisées de façon structurée, mais les résultats des études EPA au niveau européen montraient des résultats similaires (au regard des indicateurs pour lesquels nous disposons de résultats).

Enfin, notre travail nous a conduits à ouvrir la discussion sur le développement de systèmes qualité, encouragé par de nombreuses institutions nationales et internationales (conseil européen), à tous les niveaux des systèmes de soins :

- Un système qualité peut s'envisager dans un cadre « éducationnel », porté par les professionnels de santé, permettant une évaluation interne ou externe ; ou dans un cadre « obligatoire », sous la forme d'évaluations externes (comme dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux), permettant d'obtenir une autorisation de dispenser des soins.
- De nombreux pays notamment anglo-saxons, parmi lesquels le système australien nous paraît le plus ambitieux, ont développé un système intermédiaire. Les professionnels de santé développent, sous l'égide des sociétés savantes, des normes ou standards qualité qui peuvent être utilisés dans un objectif de certification.
- Un système qualité repose sur un « cycle qualité », dans lequel la phase d'évaluation nécessite une démarche rigoureuse, permettant de convertir ces standards ou normes professionnelles en indicateurs qualité utilisables dans une étude sur le terrain.
- Il n'existe pas de telle politique qualité en France. Cependant, le collectif Vers Un Collège de Médecin Générale indique vouloir suivre cette voie : « la profession doit définir elle-même les indicateurs de qualité sur des bases scientifiquement validées ».

Au total, notre travail reprend les indicateurs développés par une équipe internationale de chercheurs, et ceux développés par les professionnels de santé au Royaume-Uni. Ces démarches d'évaluation s'intègrent dans le cadre de « Practice Management » (Gestion de l'exercice médical) et semblent particulièrement adaptées aux cabinets de groupe pluridisciplinaires (tels qu'on en rencontre par exemple au Royaume-Uni). Notre traduction et notre sélection tente de faire correspondre ces indicateurs au contexte du travail en MSP françaises, structures qui se rapprochent des cabinets britanniques, permettant la mise en œuvre de démarches qualité à partir d'outils validés. Nous pouvons envisager l'enrichissement de notre liste d'indicateurs, à la condition de méthodes d'élaboration scientifiquement validées, comme ce fut le cas pour ceux que nous avons traduits. Leur validation repose sur l'élaboration de questionnaires et la réalisation de visites sur site, permettant le recueil de données. Une restitution des résultats aux équipes permet de présenter des pistes d'amélioration de la qualité. Les professionnels des MSP peuvent ensuite décider des moyens à mettre en œuvre dans ce sens.

Cette démarche nous paraît compatible avec le développement d'un système qualité, dans le cadre de l'exercice en MSP, s'inspirant de travaux qui trouvent une légitimité et une validité au niveau international, et portés par les professionnels de santé eux-mêmes. Un objectif de labellisation ou d'accréditation peut également utiliser de tels outils.

Si nous voulons dégager un atout de notre travail, nous avons eu l'occasion et le sentiment, par notre démarche et nos entretiens avec les différents professionnels de santé des MSP visitées, d'élaborer progressivement notre culture professionnelle autour de la qualité des soins primaires et de son amélioration, dans la continuité de notre formation initiale. Car, comme le concluent les experts du centre fédéral belge d'expertise des soins de santé [2] :

Une culture professionnelle est la force motrice pour élaborer des initiatives en matière de qualité en médecine générale. La profession doit participer à la définition des initiatives de qualité et proposer des outils efficaces pour améliorer la qualité .

Cela afin de dépasser, mais de garder tout de même à l'esprit et avec un certain sourire, le critère qualité défini par un médecin héros de bandes dessinées, *Algernon Woodcock* : « N'oubliez jamais que ce qui distingue le bon médecin du mauvais praticien n'est pas seulement son habileté à sauver ses patients... C'est aussi et peut-être surtout sa capacité à ne pas les tuer. »¹⁷

¹⁷ in Gallié et Sorel, *Algernon Woodcock* ; Sept coeurs d'Arran, première partie. Delcourt, collection Terres et Légendes, 2004.

ANNEXE 1 : Proposition de traduction des indicateurs de l'European Practice Assessment vs 11.0 du 9/01/2008 (Source : TOPAS Europe)

DOMAINE : INFRASTRUCTURE

DIMENSION	INDICATEUR
ACCESSIBILITE ET DISPONIBILITE	A l'extérieur de la structure sont affichés les horaires d'ouverture et les numéros de téléphone des services de garde en dehors de ces horaires.
	La structure possède un système téléphonique suffisant en capacité de réception et d'émission d'appels.
	Le message d'accueil du répondeur téléphonique est clair et précise comment joindre les services ou médecins de garde (ou transfert d'appel vers l'un des médecins).
	Il y a une ligne séparée pour les appels urgents.
	Les consultations se font sur rendez-vous.
	La durée de consultation pour un rendez-vous programmé est appropriée.
	Il existe une procédure (horaires dédiés?) pour organiser les visites à domicile non urgentes.
	Il existe un protocole écrit décrivant quels conseils médicaux peuvent être donnés aux patients par le personnel non médical.
	Un service de traduction est disponible à la demande.
ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES	Des places de parking sont réservées aux personnes handicapées à proximité de la structure.
	Si le cabinet n'est pas au rez-de-chaussée, il y a un ascenseur.
	Le déplacement des fauteuils roulants est facilité.
	Il y a des toilettes réservées aux personnes handicapées.
LOCAUX	La salle d'attente a l'air propre.
	La salle d'attente comporte un espace de jeux pour les enfants.
	Des jouets sont disponibles dans l'espace de jeux.
	Des signes "non fumeur" sont visibles dans la salle d'attente.
	Il y a un espace à langer.
	Il y a un espace pour les poussettes et landaus.
	Il y a des toilettes avec lavabos réservées pour le personnel.
	Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients.
EQUIPEMENT NON MEDICAL	Il existe un inventaire mis à jour du matériel de base devant être toujours disponible sur le site.
	On trouve un fax opérationnel avec une ligne téléphonique dédiée.
	On trouve une armoire fermée à clé permettant de stocker les médicaments.

	On trouve une armoire fermée et fixée à un support inamovible, permettant de stocker les médicaments.
	On trouve un réfrigérateur réservé au stockage de matériel médical.
	La température du réfrigérateur est comprise entre 2 et 8 degrés.
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION - SECURITE	Tous les ordinateurs sont protégés par un nom d'utilisateur et un mot de passe.
	Tous les ordinateurs avec un accès internet sont protégés par un antivirus.
	L'antivirus est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	Tous les ordinateurs avec un accès internet sont protégés par un pare-feu.
	Le pare-feu est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	Une sauvegarde des données est réalisée tous les jours.
EQUIPEMENT MEDICAL -INCLUANT LES MEDICAMENTS	Il existe une liste des médicaments et du matériel médical.
	Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles en permanence dans les troussees médicales.
	Il existe une procédure pour approvisionner les troussees médicales.
	Il existe une procédure pour assurer l'approvisionnement en médicaments.
	Les principaux médicaments d'urgence sont disponibles.
	Les principaux médicaments d'urgence ne sont pas périmés.

DOMAINE : PERSONNEL ET USAGERS

DIMENSION	INDICATEUR
SATISFACIOTN DES PATIENTS	Les patients sont satisfaits de l'accessibilité téléphonique du cabinet.
	Les patients sont satisfaits des possibilités de joindre un médecin au téléphone.
	Les patients obtiennent des rendez-vous à des horaires satisfaisants.
	La durée d'attente en salle d'attente est jugée satisfaisante.
	Les patients jugent la confidentialité de leur dossier satisfaisante.
	Les patients sont satisfaits de l'accueil du personnel non médical.
	Les patients estiment se souvenir des conseils donnés lors de précédentes consultations.
	Les patients sont satisfaits de l'écoute de leur médecin.
	Les patients estiment que le médecin se sent concerné par leur problème.
	Les patients estiment pouvoir parler facilement de leur problème au médecin.
	Les patients estiment que le médecin consacre suffisamment de temps à la consultation.
	Les patients sont satisfaits des explications données par le médecin au sujet des examens et des traitements.
	Les patients jugent l'examen clinique satisfaisant.
	Les patients estiment que leur médecin travaille consciencieusement.

	Les patients considèrent que leur médecin/maison médicale, leur permet de comprendre l'importance de suivre les conseils médicaux.
	Les patients se sentent suffisamment impliqués dans la prise de décision concernant les soins médicaux.
	Les patients estiment qu'ils peuvent assumer leurs activités quotidiennes.
	Les patients considèrent que leur médecin/maison médicale répond de façon rapide à leurs problèmes de santé urgents.
	Les patients se sentent rapidement soulagés de leurs symptômes.
	Les patients sont satisfaits des actions menées en terme de prévention.
	Les patients sont satisfaits de la prise en charge des répercussions psychologiques de leur problèmes de santé.
	Les patients sont satisfaits des explications données par leur médecin au sujet de leurs maladies et symptômes.
	Les patients sont satisfaits du suivi du traitement proposé par un spécialiste ou un service hospitalier.
	Les patient ne considèrent avoir aucune raison de changer de médecin.
	Les patients conseilleraient leur médecin à leurs amis.
SATISFACTION DU PERSONNEL NON MEDICAL QUANT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	Chacun estime que ses responsabilités au sein de l'équipe sont clairement définies.
	Chacun estime que son travail est suffisamment varié.
	Chacun estime exploiter ses capacités personnelles.
	Chacun est satisfait par la liberté qu'il a de choisir ses méthodes de travail.
	Chacun est satisfait des responsabilités qui lui sont confiées.
	Chacun est satisfait des conditions de travail.
	Chacun est satisfait des horaires de travail.
	Chacun est satisfait de sa rémunération.
	Chacun est satisfait de la reconnaissance obtenue.
	Chacun se sent encouragé à émettre des suggestions pour améliorer le cabinet/maison médicale.
	Chacun pense que ces suggestions sont prises au sérieux.
	Chacun est satisfait de ses collègues.
	Chacun trouve que l'ambiance de travail est bonne au sein du cabinet/maison médicale.
	De façon générale, chacun trouve son travail satisfaisant.
SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES QUANT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL.	Chacun estime que son travail est suffisamment varié.
	Chacun est satisfait de pouvoir exploiter ses capacités.
	Chacun est satisfait par la liberté qu'il a de choisir ses méthodes de travail.
	Chacun est satisfait des responsabilités qui lui sont confiées.
	Chacun est satisfait des conditions de travail
	Chacun est satisfait des horaires de travail.
	Chacun est satisfait de sa rémunération.

	Chacun est satisfait de la reconnaissance obtenue.
	Chacun est satisfait de ses collègues.
	De façon générale, chacun trouve son travail satisfaisant.
MANAGEMENT	Il n'y a pas d'emploi vacant au sein de la structure.
	Les diplômes des nouveaux employés sont vérifiés.
	Chaque employé a un contrat de travail.
	Chaque employé a un profil de poste.
	Le personnel a une évaluation annuelle.
	Il y a un rapport écrit de cette évaluation.
	La charge de travail des médecins et des employés est surveillée.
	La satisfaction du personnel est évaluée régulièrement.
	Un rassemblement amical annuel est organisé pour tous les professionnels et employés.
FORMATION INITIALE ET CONTINUE.	Le cabinet/la maison médicale reçoit en stage des internes en médecine.
	Le cabinet/la maison médicale reçoit en stage des étudiants de deuxième cycle en médecine.
	Le cabinet/la maison médicale reçoit en stage des élèves infirmières.
	Les nouveaux employés reçoivent un programme de formation initiale.
	Les secrétaires d'accueil sont formées à identifier et répondre de façon appropriée aux problèmes urgents.
	Les nouveaux employés reçoivent une formation pour se familiariser avec leur travail.
	Tous les membres de l'équipe ont un programme de formation.
	Tous les professionnels de santé et réceptionnistes suivent une formation continue complémentaire.
	Tout le personnel médical et les réceptionnistes ont reçu une formation professionnelle dans les 12 derniers mois.

DOMAINE : INFORMATIONS ET DONNEES

DOMAINE	INDICATEUR
INFORMATION DES PATIENTS SUR LE CABINET/LA MAISON MEDICALE	Des informations pertinentes sont fournies aux patients.
	Une brochure est disponible.
	La brochure contient l'adresse du cabinet/de la maison médicale, et son numéro de téléphone.
	La brochure contient les horaires de consultation.
	La brochure contient les informations sur les services de garde.
	La brochure contient les noms des médecins.
	La brochure contient les noms des autres professionnels de la structure.
	La brochure informe des autres services fournis par la structure.

	La brochure fournit des informations sur les démarches en cas de réclamations.
INFORMATIONS DES PATIENTS SUR LES SOINS ET LES PROBLEMES DE SANTE	Des brochures d'informations sont disponibles et accessibles.
	Il y a une procédure d'évaluation de la qualité des informations disponibles.
	Il y a une procédure pour mettre à jour et vérifier l'approvisionnement en brochures d'informations.
	Les médecins utilisent des brochures lors des consultations.
	Des livres et vidéos mis à jour sont disponibles pour les patients.
DOCUMENTATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS	Chaque MG a un accès direct à des revues médicales (papier ou électroniques) à l'intérieur de la structure.
	Chaque MG a accès aux recommandations cliniques (papier ou électroniques) dans sa salle de consultation.
	Chaque MG a un accès internet.
	Chaque MG a accès aux bases de données bibliographiques (pubmed, medline, cochrane).
MEDECINE PREVENTIVE	Le cabinet/la maison médicale réalise des démarches de prévention.
	Les patients à risque sont rappelés.
	Les taux de fréquentation des consultations de prévention sont disponibles.
	Le dossier médical contient des données sur la consommation d'alcool et de tabac.
DONNEES CLINIQUES, DOSSIER MEDICAL	Le dossier médical contient les antécédents du patient.
	Le dossier médical contient le traitement habituel et le traitement en cours.
	Le dossier médical contient les allergies et intolérances médicamenteuses.
	Un système de codage international des données est utilisé.
	Les informations et conseils cliniques donnés par téléphone par les autres membres de la structure (non médecins), sont enregistrés dans le dossier.
	Il existe une procédure pour récupérer les dossiers et antécédents médicaux des nouveaux patients.
	Les patients présentant une maladie chronique sont rappelés.
	Il y a un système permettant de retrouver les traitements prescrits à chaque patient.
	Une procédure permet de déterminer les informations personnelles divulguées lors de demandes d'examens ou d'avis extérieurs à la structure.
	Une procédure permet de gérer les informations recueillies sur les patients.
	Un système permet de s'assurer que les résultats d'examens sont bien vus par le médecin.
	Il existe une procédure pour s'assurer que les informations émanant d'autres professionnels de santé sont bien enregistrées dans le dossier médical.
	Une procédure permet de gérer les informations recueillies suite aux actions entreprises à partir des résultats d'examens.
COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	Il y a un répertoire à jour des professionnels de santé locaux.
	Il y a une organisation entre les professionnels assurant la permanence des soins.
	Les remplaçants reçoivent une formation à l'organisation du cabinet/maison médicale.

	Les informations provenant des soins prodigués par les médecins de garde, sont disponibles pour le personnel du cabinet/ de la maison médicale.
	Une procédure interne permet de s'assurer que le médecin prend connaissance des soins prodigués par les médecins de garde.
	Le cabinet/la maison médicale a rapidement connaissance des recours aux médecins de garde par ses patients.
	Chaque médecin a un accès E-mail.
	L'ordinateur est utilisé pour joindre les pharmacies.
UTILISATION DE L'INFORMATIQUE	Les dossiers médicaux sont informatisés.
	L'ordinateur est utilisé pour les prescriptions.
	L'ordinateur est utilisé pour les courriers adressés aux confrères.
	L'ordinateur est utilisé pour la comptabilité.
CONFIDENTIALITE	Un espace à part permettant le déshabillage et l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation.
	Les dossiers médicaux, et tous les fichiers contenant des informations personnelles, ne sont ni stockés ni laissés visibles dans les zones accessibles au public.

DOMAINE : FINANCES

DIMENSION	INDICATEUR
RESPONSABILITES ET GESTION FINANCIERE	Les responsabilités dans la gestion comptable du cabinet/de la maison médicale, sont clairement définies.
	Il existe un système de contrôle des comptes.
BILAN PREVISIONNEL	Le cabinet/la maison médicale tient un bilan prévisionnel avec l'ensemble des recettes et dépenses prévues.
BILAN COMPTABLE	Un bilan comptable annuel est produit.
	Le bilan comptable comprend les transactions en espèces.
	Le bilan comptable comprend des réclamations.

DOMAINE : QUALITE ET SECURITE

DIMENSION	INDICATEUR
POLITIQUE	Il y a une réunion d'équipe au moins mensuelle, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel.
	Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel.
	Le personnel du cabinet/de la maison médicale, a dégagé du temps au cours des 12 derniers mois pour discuter de la stratégie du cabinet/la maison médicale.
	Des cibles d'amélioration de la qualité ont été définies au cours de l'année précédente.

D'AMELIORATION DE LA QUALITE	Au moins un audit clinique a été conduit au cours de l'année précédente.
	Le rapport annuel du cabinet/de la maison médicale contient un rapport sur la qualité.
	La satisfaction des patients est évaluée régulièrement.
	Il existe un forum pour les patients ou une association d'usagers du cabinet/de la maison médicale.
DETECTION DES PROBLEMATIQUES DE SECURITE ET DE QUALITE	L'équipement médical (ophtalmoscope, instruments...) est vérifié régulièrement selon les réglementations nationales.
	L'équipement médical électrique est vérifié régulièrement selon les réglementations nationales.
	L'équipement de sécurité est vérifié régulièrement selon les réglementations nationales.
	Les tensiomètres sont réglés régulièrement selon les réglementations nationales.
	Les ordinateurs et imprimantes sont vérifiés régulièrement selon les réglementations nationales.
GESTION DES PLAINTES	On trouve une boîte de suggestions pour les patients.
	Il existe une procédure de gestion des plaintes.
	Toutes les plaintes des patients sont enregistrées.
	Toutes les plaintes des patients sont analysées et discutées.
	Toutes les plaintes entraînent une action.
	Un exemple de plainte de patient discutée est disponible.
ANALYSE D'INCIDENTS CRITIQUES	Il existe un registre des incidents critiques.
	Les incidents critiques sont analysés et discutés.
	Des exemples d'incidents critiques analysés sont disponibles.
	Les incidents critiques entraînent des actions adaptées.
	Des exemples d'actions entreprises suite à un incident critique sont disponibles.
SECURITE DU PERSONNEL ET DES PATIENTS, HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS.	Il existe un protocole d'hygiène écrit.
	Le protocole d'hygiène décrit la désinfection du matériel médical.
	Le protocole d'hygiène décrit quand et comment utiliser le matériel stérile.
	Le protocole d'hygiène décrit comment éliminer le matériel usager.
	Le protocole d'hygiène décrit l'utilisation de matériel de protection.
	Le protocole d'hygiène décrit l'élimination du matériel tranchant et contaminé.
	Il existe un protocole écrit de contrôle des infections pour la prévention de la contamination du personnel.
	Le statut vaccinal du personnel vis à vis de l'hépatite B est connu.
	Les salles de consultation contiennent l'équipement permettant le lavage, la désinfection et le séchage hygiénique des mains.
	Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération du matériel usager.
	Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération de matériel tranchant.
	Les salles de consultation contiennent des containers étanches.

**ANNEXE 2 : Indicateurs traduits et sélectionnés, d'après le Quality and Outcomes Framework.
Source : le National Health Service Information Centre.**

A. Records and information about patients

Records 1

1 point

Each patient contact with a clinician is recorded in the patient's record, including consultations, visits and telephone advice :

Chaque contact avec un patient est enregistré dans son dossier, que ce soit une consultation, une visite ou un conseil téléphonique.

Records 2

1 point

Entries in the records are legible :

Les informations dans le dossier sont compréhensibles par tous.

Records 3

1 point

The practice has a system for transferring and acting on information about patients seen by other doctors out of hours

Le cabinet a un système pour prendre contact et assurer le suivi des patients lorsqu'ils sont vus par les médecins de garde.

Records 4

1 point

There is a reliable system to ensure that messages and requests for visits are recorded and that the appropriate doctor or team member receives and acts upon them :

Il existe un système fiable pour s'assurer que les messages et demandes de visites sont enregistrés et qu'un membre de l'équipe en prend connaissance.

Records 5

1 point

The practice has a system for dealing with any hospital report or investigation results which identifies a responsible health professional and ensures that any necessary action is taken :

Il existe une procédure pour prendre connaissance des rapports d'hospitalisation ou des résultats d'explorations complémentaires, et déterminer un professionnel de santé responsable des suites à donner.

Records 6

1 point

There is a system for ensuring that the relevant team members are informed about patients who have died.

Il existe une procédure pour s'assurer que les membres de l'équipe sont informés des décès.

Records 7

1 point

The medicines that a patient is receiving are clearly listed in their record :

Les traitements en cours sont clairement enregistrés dans le dossier.

Records 8

1 point

There is a designated place for the recording of drug allergies and adverse reactions in the notes and these are clearly recorded :

On trouve un endroit du dossier où sont clairement enregistrées les allergies et intolérances médicamenteuses.

Records 13

2 points

There is a system to alert the out-of-hours service or duty doctor to patients dying at home

Il existe un système pour prévenir les médecins ou service de garde en cas de patients en situation de fin de vie à domicile.

Records 14

3 points

The records, hospital letters and investigation reports are filed in date order or available electronically in date order

Les dossier, lettres d'hospitalisation et résultats d'examens sont enregistrés chronologiquement .

B. Patient communication

Information 1

0.5 points

The practice has a system to allow patients to contact the out-of-hours service by making no more than two telephone calls

Le cabinet propose un système permettant au patient de contacter les praticiens de garde en moins de 2 appels téléphoniques.

Information 2

0.5 points

If an answering system is used out of hours, the message is clear and the contact number is given at least twice.

En cas de répondeur téléphonique activé en dehors des horaires d'ouverture, le message est clair et le numéro à composer en cas d'urgence est énuméré au moins deux fois.

Information 3

1 point

The practice has arrangements for patients to speak to GPs and nurses on the telephone during the working day

L'organisation du cabinet permet aux patients de parler à un médecin ou une infirmière durant la journée.

Information 5

2 points

The practice supports smokers in stopping by a strategy, which includes providing literature and offering appropriate therapy.

Le cabinet soutient les fumeurs dans leur démarche de sevrage grâce à un protocole, en leur fournissant des informations écrites et un soutien médicamenteux adapté.

Information 6

0.5 points

Information is available to patients on the roles of the GP, community midwife, health visitor and hospital clinics in the provision of ante-natal and post-natal care

Le cabinet propose aux patientes des informations sur le rôle des MG, SF, visiteur médical (?système anglais) et services hospitaliers, en charge des soins anté et post-nataux.

Information 7

1.5 points

Patients are able to access a receptionist via telephone and face to face in the practice, for at least 45 hours over 5 days, Monday to Friday except where agreed with the PCO

Les patients peuvent contacter le cabinet via un accueil téléphonique ou sur place plus de 45 heures par semaine sur au moins 5 jours.

Information 8

1 point

The practice has a system to allow patients to contact the out-of-hours service by making no more than one telephone call.

Le cabinet a un système permettant aux patients de joindre les services de garde en un seul appel (renvoi automatique des appels vers les services de garde).

C. Education and training

Education 1

4 points

There is a record of all practice-employed clinical staff having attended training/ updating in basic life-support skills in the preceding 18 months.

Il y a une liste des professionnels de santé ayant assisté à une formation continue sur les premiers secours au cours des 18 mois précédents.

Education 2

4 points

The practice has undertaken a minimum of six significant even reviews in the past three years

Le cabinet a effectué une revue d'événements critiques six fois au cours des trois dernières années.

Education 4

3 points

All new staff receive induction training

Les nouveaux employés et associés effectuent un stage préparatoire.

Education 6

3 points

The practice conducts an annual review of patient complaints and suggestions to ascertain general learning points which are shared with the team

Le cabinet effectue une analyse annuelle des plaintes et suggestions des patients, dont les conclusions sont systématiquement partagées avec toute l'équipe.

Education 8

3 points

All practice-employed nurses have personal learning plans which have been reviewed at annual appraisal

Les IDE employées ont des plans de formation continue.

D. Practice Management

Management 4

1 point

The arrangements for instrument sterilisation comply with national guidelines as applicable to primary care

Les procédures de stérilisation des instruments sont conformes aux recommandations nationales.

Management 5

3 points

The practice offers a range of appointment times to patients which as a minimum should include morning and afternoon appointments five mornings and four afternoons per week except where agreed with the PCO

Le cabinet propose des horaires de RDV au moins 5 matins et 4 AM / semaine.

Management 7

3 points

The practice has systems in place to ensure regular and appropriate inspection, calibration, maintenance and replacement of equipment including :

- a defined responsible person
- clear recording
- systematic pre-planned schedules
- reporting of faults

Le cabinet a mis au point des procédures pour s'assurer des réglages, inspection, maintenance, et remplacement réguliers et appropriés des équipements, dont une personne est responsable, avec un enregistrement clair du matériel, un agenda planifié des opérations à effectuer, et la notification des problèmes.

Management 8

1 point

The practice has a policy to ensure the prevention of fraud and has defined levels of financial responsibility and accountability for staff undertaking financial transactions (accounts, payroll, drawings, payment of invoices, signing cheques, petty cash, pensions, superannuation etc)

Le cabinet a une politique de prévention des fraudes et a défini des niveaux de responsabilités pour le personnel chargé des transactions financières.

E. Medicines Management

Med 2

2 points

The practice possesses the equipment and up-to-date emergency drugs to treat anaphylaxis

Le cabinet possède l'équipement et les médicaments à jour pour traiter le choc anaphylactique.

Med 3

2 points

There is a system for checking expiry dates of emergency drugs at least on an annual basis

Les dates d'expiration des médicaments d'urgence sont vérifiées au moins annuellement.

ANNEXE 3 : Sélection et combinaison d'indicateurs de l'EPA et du QOF, dans le cadre de l'exercice en MSP

- EN NOIR :** Les indicateurs EPA version 2008, sélectionnés par un panel d'experts européens lors de l'étude de développement de cet outil, que nous avons choisi de conserver.
- En ROUGE :** Les 62 indicateurs validés après méthode DELPHI (par avis de panels d'experts dans chaque pays impliqué) ; et/ou tels qu'ils ont été utilisés lors de l'étude de validation de cet outil en 2004 [44].
- En BLEU :** Indicateurs du QOF (grille d'indicateurs référence pour le paiement à la performance des cabinets médicaux britanniques), du domaine ORGANISATION, traduits et relatifs selon nous à la dimension structurelle et organisationnelle de la qualité des soins.
- En VERT :** Items EPA et QOF se recoupant.
Vert souligné : Indicateurs du QOF recoupant des indicateurs validés lors du 2^e tour de l'étude de développement de l'EPA.

DOMAINE : INFRASTRUCTURE

DIMENSION	INDICATEUR
ACCESSIBILITE ET DISPONIBILITE	1 : A l'extérieur de la structure sont affichés les horaires d'ouverture et les numéros de téléphone des services de garde en dehors de ces horaires.
	2 : La structure possède un système téléphonique suffisant en capacité de réception et d'émission d'appels
	3 : <u>Le message d'accueil du répondeur téléphonique est clair et précise comment joindre les services ou médecins de garde (ou transfert d'appel vers l'un des médecins).</u>
	4 : Les consultations se font sur rendez-vous.
	5 : La maison de santé propose des horaires de rendez-vous au moins cinq matins et quatre après-midis par semaine.
	6 : <u>Il existe une procédure pour organiser les visites à domicile non urgentes, pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.</u>
	7 : Les patients peuvent contacter la maison de santé via un accueil téléphonique ou sur place, plus de 45 heures par semaine sur au moins 5 jours.
	8 : Il existe un protocole écrit décrivant quels conseils peuvent être donnés aux patients par le personnel non médical (secrétaires d'accueil).
ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES	9 : Des places de parking sont réservées aux personnes handicapées à proximité de la structure.
	10 : Si la maison de santé n'est pas au rez-de-chaussée, il y a un ascenseur.
	11: Le déplacement des fauteuils roulants est facilité.
	12 : La maison de santé et notamment la salle d'attente ont l'air propre.

LOCAUX	13 : Il y a suffisamment de places dans la salle d'attente.
	14 : Il y a de la place pour les poussettes et landaus.
	15 : Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients.
	16 : On trouve des signes NON-FUMEUR dans la salle d'attente.
EQUIPEMENT NON MEDICAL	17 : On trouve une armoire fermée, permettant de stocker les médicaments.
	18 : On trouve un réfrigérateur réservé au stockage de médicaments, contenant un thermomètre à minima/maxima.
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION - SECURITE	19 : On trouve au moins un ordinateur pour le personnel.
	20 : La maison de santé possède un accès Internet.
	21 : Tous les ordinateurs sont protégés par un nom d'utilisateur et un mot de passe.
	22 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un antivirus.
	23 : L'antivirus est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	24 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un pare-feu.
	25 : Le pare-feu est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	26 : Une sauvegarde des données est réalisée tous les jours.
EQUIPEMENT MEDICAL - INCLUANT LES MEDICAMENTS	27 : L'équipement médical essentiel est disponible sur le site (urgence, réanimation).
	28 a : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles en permanence dans les trousse d'urgence.
	28 b : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles sur le site.
	<u>29 : Les principaux médicaments d'urgence sont disponibles (sur site)</u>
	<u>30 : Les principaux médicaments des trousse d'urgence ne sont pas périmés.</u>
	31 : On trouve une liste du matériel qui doit se trouver dans les sacs des médecins.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

DOMAINE : PERSONNEL ET USAGERS

DIMENSION	INDICATEUR
	32 : Les patients sont satisfaits de l'accessibilité téléphonique du cabinet.
	<u>33 : Les patients sont satisfaits des possibilités de joindre un médecin au téléphone.</u>
	Les patients obtiennent des rendez-vous à des horaires satisfaisants.
	La durée d'attente en salle d'attente est jugée satisfaisante.
	Les patients jugent la confidentialité de leur dossier satisfaisante.
	Les patients sont satisfaits de l'accueil du personnel non médical.

SATISFACTION DES PATIENTS (EUROPEP- questionnaire associé à l'EPA dans les études de validation)	Les patients estiment se souvenir des conseils donnés lors de précédentes consultations.
	Les patients sont satisfaits de l'écoute de leur médecin.
	Les patients estiment que le médecin se sent concerné par leur problème.
	Les patients estiment pouvoir parler facilement de leur problème au médecin.
	Les patients estiment que le médecin consacre suffisamment de temps à la consultation.
	Les patients sont satisfaits des explications données par le médecin au sujet des examens et des traitements.
	Les patients jugent l'examen clinique satisfaisant.
	Les patients estiment que leur médecin travaille consciencieusement.
	Les patients considèrent que leur médecin/la maison de santé, leur permet de comprendre l'importance de suivre les conseils médicaux.
	Les patients se sentent suffisamment impliqués dans la prise de décision concernant les soins médicaux.
	Les patients estiment qu'ils peuvent assumer leurs activités quotidiennes.
	Les patients considèrent que leur médecin/ la maison de santé répond de façon rapide à leurs problèmes de santé urgents.
	Les patients se sentent rapidement soulagés de leurs symptômes.
	Les patients sont satisfaits des actions menées en terme de prévention.
	Les patients sont satisfaits de la prise en charge des répercussions psychologiques de leur problèmes de santé.
	Les patients sont satisfaits des explications données par leur médecin au sujet de leurs maladies et symptômes.
	Les patients sont satisfaits du suivi du traitement proposé par un spécialiste ou un service hospitalier.
	Les patient ne considèrent avoir aucune raison de changer de médecin.
	Les patients conseilleraient leur médecin à leurs amis.
SATISFACTION DU PERSONNEL NON MEDICAL QUANT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	34 : Chacun estime que ses responsabilités au sein de l'équipe sont clairement définies.
	35 : Chacun est satisfait des conditions de travail.
	36 : Chacun se sent encouragé à émettre des suggestions pour améliorer la maison de santé.
	37 : Chacun trouve que l'ambiance de travail est bonne au sein de la maison de santé.
SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES QUANT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL.	38 : Chacun estime que son travail est suffisamment varié.
	39 : Chacun est satisfait de pouvoir exploiter ses capacités.
	40 : Chacun est satisfait par la liberté qu'il a de choisir ses méthodes de travail.
	41 : Chacun est satisfait des responsabilités qui lui sont confiées.

	42 : Chacun est satisfait des conditions de travail
	43 : Chacun est satisfait des horaires de travail.
	44 : Chacun est satisfait de sa rémunération.
	45 : Chacun est satisfait de la reconnaissance obtenue.
	46 : Chacun est satisfait de ses collègues.
	47 : De façon générale, chacun trouve son travail satisfaisant.
MANAGEMENT	48 : Les professionnels impliqués dans les soins ont les qualifications appropriées.
	49 : Les diplômes des nouveaux employés sont vérifiés.
	50 : Chaque employé a un contrat de travail.
	51 : Les nouveaux employés et associés reçoivent une formation au fonctionnement de la maison de santé.
FORMATION INITIALE ET CONTINUE.	52 : Une réunion est organisée au moins mensuellement, à laquelle tous les membres de l'équipe sont conviés.
	53 : La maison de santé reçoit en stage des internes en médecine.
	54 : La maison de santé reçoit en stage des étudiants de deuxième cycle en médecine.
	55 : La maison de santé reçoit en stage des élèves infirmières.
	56 : Les secrétaires d'accueil sont formées à identifier et répondre de façon appropriée aux problèmes urgents.
	57 : Tous les professionnels de santé et réceptionnistes suivent une formation continue complémentaire.
	58 : Tout le personnel médical et les réceptionnistes ont reçu une formation professionnelle dans les 12 derniers mois.
	59 : On trouve une liste des professionnels de santé ayant assisté à une formation continue sur les premiers secours au cours des 18 mois précédents

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et Health and social care information centre 2009

DOMAINE : INFORMATIONS ET DONNEES

DIMENSION	INDICATEUR
INFORMATION DES PATIENTS SUR LA MAISON DE SANTE.	60 : Une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible.
	61 : Si une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible, elle contient des informations pertinentes.
	62 : La brochure contient les horaires de consultation.
	63 : La brochure contient les noms des médecins.
INFORMATION DES PATIENTS SUR LES SOINS ET LES PROBLEMES DE SANTE	64 : Des brochures d'informations sont disponibles et accessibles en salle d'attente.
	65 : Le cabinet propose aux patientes des informations sur le rôle des Médecins Généralistes, Sages-femmes, par rapport aux services hospitaliers, dans le cadre du suivi de grossesse et des soins post-nataux.
	66 : Chaque Médecin Généraliste a un accès direct à des revues médicales (papier ou électroniques) à l'intérieur de la structure.

DOCUMENTATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS	67 : Chaque Médecin Généraliste a accès aux recommandations cliniques (papier ou électroniques) dans sa salle de consultation.
	68 : Chaque Médecin Généraliste a un accès internet.
	69 : Chaque Médecin Généraliste a accès aux bases de données bibliographiques (pubmed, medline, cochrane).
MEDECINE PREVENTIVE	70 : La maison de santé réalise des démarches de prévention.
	71 : Le dossier médical contient des données sur la consommation d'alcool et de tabac.
	72 : La maison de santé soutient les fumeurs dans leur démarche de sevrage grâce à un protocole, en leur fournissant des informations écrites et un soutien médicamenteux adapté.
DONNEES CLINIQUES, DOSSIER MEDICAL	73 : Chaque contact avec un patient est enregistré dans son dossier, que ce soit une consultation, une visite ou un conseil téléphonique.
	74 : Les informations entrées dans le dossier sont compréhensibles par tous.
	75 : Le dossier médical contient les antécédents du patient.
	76 : Le dossier médical contient le traitement en cours du patient.
	77 : Le dossier médical contient le numéro de téléphone du patient.
	78 : Le dossier médical contient la profession du patient.
	79 : Le dossier médical contient les allergies et intolérances médicamenteuses du patient.
	80 : Un système de codage international des données est utilisé.
	81 : Six indicateurs suivants : version EPA 2005 :
	a) Pour chaque consultation est enregistré le motif de consultation.
	b) Pour chaque consultation est enregistré une conclusion de consultation (problème/diagnostic).
	c) Pour chaque consultation sont enregistrées les données permettant cette conclusion.
	d) Pour chaque consultation est enregistré le traitement proposé.
	e) Si des médicaments sont prescrits, leur dose, la durée et la voie d'administration sont enregistrées.
	f) Pour chaque consultation sont enregistrées les informations données au patient.
	82 : Il existe une procédure pour se procurer les dossiers et antécédents médicaux des nouveaux patients.
	83 : Il y a un système permettant de passer en revue les traitements prescrits à chaque patient.
	84 : Un système permet de s'assurer que les résultats d'examens sont bien vus par le médecin avant leur enregistrement dans le dossier.
	85 : Il existe une procédure pour s'assurer que les membres de l'équipe sont informés des décès.
	86 : Il existe une procédure pour s'assurer que les informations émanant d'autres professionnels de santé et les résultats d'examens sont bien enregistrés dans le dossier médical.
	87 : Les dossiers, lettres d'hospitalisation et résultats d'examens sont classés chronologiquement.
	88 : Il y a un répertoire à jour des professionnels de santé locaux.

COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	89 : Il y a une organisation entre les professionnels assurant la permanence des soins.
	90 : Une procédure interne permet de s'assurer que le médecin prend connaissance des soins prodigués par les médecins de garde.
	91 : La maison de santé a rapidement connaissance des recours aux médecins de garde par ses patients.
	92 : Chaque médecin a un accès E-mail.
UTILISATION DE L'INFORMATIQUE	93 : Les dossiers médicaux sont informatisés.
	94 : L'ordinateur est utilisé pour les prescriptions.
	95 : L'ordinateur est utilisé pour les courriers adressés aux confrères.
	96 : L'ordinateur est utilisé pour l'enregistrement de listes de patients.
	97 : L'ordinateur est utilisé pour la comptabilité.
CONFIDENTIALITE	98 : Un espace particulier permettant le déshabillage et l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation.
	99 : L'insonorisation et la confidentialité de l'accueil et des salles de consultation sont assurées.
	100 : Les dossiers médicaux, et tous les fichiers contenant des informations personnelles, ne sont ni stockés ni laissés visibles dans les zones accessibles au public.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et Health and social care information centre 2009

DOMAINE : QUALITE ET SECURITE

DIMENSION	INDICATEUR
POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE	101 : Il y a une réunion d'équipe au moins mensuelle, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel.
	102 : Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel.
	103 : Le personnel de la maison de santé, a dégagé du temps au cours des 12 derniers mois pour discuter de la stratégie la maison de santé.
	104 : Des cibles d'amélioration de la qualité ont été définies au cours de l'année précédente.
	105 : Au moins un audit clinique a été conduit au cours de l'année précédente.
	106 : Le rapport annuel de la maison de santé contient un rapport sur la qualité.
	107 : La satisfaction des patients est évaluée régulièrement.
DETECTION DES PROBLEMATIQUES DE SECURITE ET DE QUALITE	108 : L'équipement médical (ophtalmoscope, instruments...) est vérifié et réglé régulièrement selon les réglementations nationales.
GESTION DES PLAINTES	109 : On trouve une boîte de suggestions pour les patients.
	110 : Il existe une procédure de gestion des plaintes.

	111 : Toutes les plaintes des patients sont enregistrées.
	112 : Toutes les plaintes des patients sont analysées et discutées.
ANALYSE D'INCIDENTS CRITIQUES	113 : Il existe un registre des incidents critiques.
	114 : Les incidents critiques sont analysés et discutés.
SECURITE DU PERSONNEL ET DES PATIENTS, HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS.	115 : Il existe un protocole d'hygiène écrit.
	116 : Les procédures de stérilisation des instruments sont conformes aux recommandations nationales.
	117 : Le protocole d'hygiène décrit la désinfection du matériel médical
	118 : Le protocole d'hygiène décrit quand et comment utiliser le matériel stérile.
	119 : Le protocole d'hygiène décrit comment éliminer le matériel usager.
	120 : Le protocole d'hygiène décrit l'utilisation de matériel de protection.
	121 : Le protocole d'hygiène décrit l'élimination du matériel tranchant et contaminé.
	122 : Il existe un protocole écrit de prévention de la contamination du personnel par du matériel souillé.
	123 : On trouve du matériel de stérilisation (Autoclave ou Poupinel).
	124 : Les salles de consultation contiennent l'équipement permettant le lavage, la désinfection et le séchage hygiénique des mains.
	125 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération du matériel médical utilisé (en attente de sa désinfection/stérilisation).
	126 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération de matériel tranchant.
	127 : Les salles de consultation contiennent des containers étanches (déchets d'activité de soins à risque infectieux).

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et Health and social care information centre 2009

DOMAINE : FINANCES

DIMENSION	INDICATEUR
RESPONSABILITES ET GESTION FINANCIERE	128 : Les responsabilités dans la gestion comptable de la maison de santé, sont clairement définies.
BILAN PREVISIONNEL	129 : La maison de santé tient un bilan prévisionnel avec l'ensemble des recettes et dépenses prévues.
BILAN COMPTABLE	130 : Un bilan comptable annuel est produit.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et Health and social care information centre 2009

158 indicateurs au total

Annexe 4 : Grille simplifiée d'indicateurs qualité, utilisée dans note étude d'évaluation de neuf MSP franc-comtoises et bourguignonnes, à partir de l'EPA et du QOF

DOMAINE: INFRASTRUCTURE

DIMENSION	INDICATEUR
ACCESSIBILITE ET DISPONIBILITE	1: A l'extérieur de la structure sont affichés les horaires d'ouverture et les numéros de téléphone des services de garde en dehors de ces horaires.
	2 : La structure possède un système téléphonique suffisant en capacité de réception et d'émission d'appels
	3 : Le message d'accueil du répondeur téléphonique est clair et précise comment joindre les services ou médecins de garde (ou transfert d'appel vers l'un des médecins).
	4 : Les consultations se font sur rendez-vous.
	5 : La maison de santé propose des horaires de rendez-vous au moins cinq matins et quatre après-midis par semaine.
	6 : Il existe une procédure pour organiser les visites à domicile non urgentes, pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.
	7 : Les patients peuvent contacter la maison de santé via un accueil téléphonique ou sur place, plus de 45 heures par semaine sur au moins 5 jours.
	8 : Il existe un protocole écrit décrivant quels conseils peuvent être donnés aux patients par le personnel non médical (secrétaires d'accueil).
ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES	9 : Des places de parking sont réservées aux personnes handicapées à proximité de la structure.
	10 : Si la maison de santé n'est pas au rez-de-chaussée, il y a un ascenseur.
	11: Le déplacement des fauteuils roulants est facilité.
LOCAUX	12 : La maison de santé et notamment la salle d'attente ont l'air propre.
	13 : Il y a suffisamment de places dans la salle d'attente.
	14 : Il y a de la place pour les poussettes et landaus.
	15 : Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients.
	16 : On trouve des signes NON-FUMEUR dans la salle d'attente.
EQUIPEMENT NON MEDICAL	17 : On trouve une armoire fermée, permettant de stocker les médicaments.
	18 : On trouve un réfrigérateur réservé au stockage de médicaments, contenant un thermomètre à minima/maxima.
	19 : On trouve au moins un ordinateur pour le personnel.
	20 : La maison de santé possède un accès Internet.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION - SECURITE	21 : Tous les ordinateurs sont protégés par un nom d'utilisateur et un mot de passe.
	22 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un antivirus.
	23 : L'antivirus est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	24 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un pare-feu.
	25 : Le pare-feu est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	26 : Une sauvegarde des données est réalisée tous les jours.
EQUIPEMENT MEDICAL - INCLUANT LES MEDICAMENTS	27 : L'équipement médical essentiel est disponible sur le site (urgence, réanimation).
	28 a : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles en permanence dans les trousse d'urgence.
	28 b : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles sur le site.
	29 : Les principaux médicaments d'urgence sont disponibles (sur site)
	30 : Les principaux médicaments des trousse d'urgence ne sont pas périmés.
	31 : On trouve une liste du matériel qui doit se trouver dans les sacs des médecins.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

DOMAINE : INFORMATIONS ET DONNEES

DIMENSION	INDICATEUR
INFORMATION DES PATIENTS SUR LA MAISON DE SANTE	60 : Une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible.
INFORMATION DES PATIENTS SUR LES SOINS ET LES PROBLEMES DE SANTE	64 : Des brochures d'informations sont disponibles et accessibles en salle d'attente.
DOCUMENTATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS	68 : Chaque MG a un accès internet.
DONNEES CLINIQUES, DOSSIER MEDICAL	73 : Chaque contact avec un patient est enregistré dans son dossier, que ce soit une consultation, une visite ou un conseil téléphonique.
	74 : Les informations entrées dans le dossier sont compréhensibles par tous (règles communes de remplissage et d'abréviations?)
	75 : Le dossier médical contient les antécédents du patient.
	76 : Le dossier médical contient le traitement en cours du patient.
	77 : Le dossier médical contient le numéro de téléphone du patient.
	78 : Le dossier médical contient la profession du patient.
	79 : Le dossier médical contient les allergies et intolérances médicamenteuses du patient.
	80 : Un système de codage international des données est utilisé.

	81 : Six indicateurs suivants : version EPA 2005 :
	a) Pour chaque consultation est enregistré le motif de consultation.
	b) Pour chaque consultation est enregistré une conclusion de consultation (problème/diagnostic).
	c) Pour chaque consultation sont enregistrées les données permettant cette conclusion.
	d) Pour chaque consultation est enregistré le traitement proposé.
	e) Si des médicaments sont prescrits, leur dose, la durée et la voie d'administration sont enregistrées.
	f) Pour chaque consultation sont enregistrées les informations données au patient.
	82 : Il existe une procédure pour se procurer les dossiers et antécédents médicaux des nouveaux patients
	83 : Il y a un système permettant de retrouver les traitements prescrits à chaque patient.
	84 : Un système permet de s'assurer que les résultats d'examens sont bien vus par le médecin avant leur enregistrement dans le dossier.
	<i>85 : Il existe une procédure pour s'assurer que les membres de l'équipe sont informés des décès.</i>
	86 : Il existe une procédure pour s'assurer que les informations émanant d'autres professionnels de santé et les résultats d'examens sont bien enregistrés dans le dossier médical.
	<i>87 : Les dossiers, lettres d'hospitalisation et résultats d'examens sont classés chronologiquement.</i>
COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	92 : Chaque médecin a un accès E-mail.
UTILISATION DE L'INFORMATIQUE	93 : Les dossiers médicaux sont informatisés.
	94 : L'ordinateur est utilisé pour les prescriptions.
	95 : L'ordinateur est utilisé pour les courriers adressés aux confrères.
	96 : L'ordinateur est utilisé pour l'enregistrement de listes de patients.
	97 : L'ordinateur est utilisé pour la comptabilité.
CONFIDENTIALITE	98 : Un espace particulier permettant le déshabillage et l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation.
	99 : L'insonorisation et la confidentialité de l'accueil et des salles de consultation sont assurées.
	100 : Les dossiers médicaux, et tous les fichiers contenant des informations personnelles, ne sont ni stockés ni laissés visibles dans les zones accessibles au public.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

DOMAINE : QUALITE ET SECURITE

DIMENSION	INDICATEUR
POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE	101 : Il y a une réunion d'équipe au moins mensuelle, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel.
	102 : Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité, avec un compte-rendu écrit distribué à tout le personnel.
	103 : Le personnel de la maison de santé, a dégagé du temps au cours des 12 derniers mois pour discuter de la stratégie de la maison de santé.
	104 : Des cibles d'amélioration de la qualité ont été définies au cours de l'année précédente.
	105 : Au moins un audit clinique a été conduit au cours de l'année précédente.
	106 : Le rapport annuel de la maison de santé contient un rapport sur la qualité.
	107 : La satisfaction des patients est évaluée régulièrement.
GESTION DES PLAINTES	109 : On trouve une boîte de suggestions pour les patients.
	110 : Il existe une procédure de gestion des plaintes.
SECURITE DU PERSONNEL ET DES PATIENTS, HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS.	115 : Il existe un protocole d'hygiène écrit.
	116 : Les procédures de stérilisation des instruments sont conformes aux recommandations nationales.
	123 : On trouve du matériel de stérilisation (Autoclave ou Poupinel)
	124 : Les salles de consultation contiennent l'équipement permettant le lavage, la désinfection et le séchage hygiénique des mains.
	125 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération du matériel médical utilisé (en attente de sa désinfection/stérilisation)
	126 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération de matériel tranchant.
	127 : Les salles de consultation contiennent des containers étanches (déchets d'activité de soins à risque infectieux).

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

80 INDICATEURS

ANNEXE 5 : PROPOSITION DE MODIFICATIONS DE CERTAINS INDICATEURS QUALITE, PARMIS CEUX SELECTIONNES, ISSUS DE L'EPA ET DU QOF

- EN NOIR :** Les indicateurs EPA version 2008, sélectionnés par un panel d'experts européens lors de l'étude de développement de cet outil, que nous avons choisi de conserver. Cette liste d'indicateurs a ensuite été soumise à une validation par méthode DELPHI.
- En ROUGE :** Les 62 indicateurs validés après méthode DELPHI (par avis de panels d'experts dans chaque pays impliqué) ; et/ou tels qu'ils ont été utilisés lors de l'étude de validation de cet outil [44].
- En BLEU:** Indicateurs du QOF (grille d'indicateurs références pour le paiement à la performance des cabinets médicaux britanniques rattachés aux PCT's), du domaine ORGANISATION, traduits et relatifs selon nous à la dimension structurelle et organisationnelle de la qualité des soins.
- En VERT :** Items EPA et QOF se recoupant.
Vert souligné : indicateurs du QOF recoupant des indicateurs validés lors du 2^e tour de l'étude de développement de l'EPA.
- EN VIOLET :** Indicateurs pour lesquels nous proposons une modification de formulation ou de traduction.

DOMAINE: INFRASTRUCTURE

DIMENSION	INDICATEUR
ACCESSIBILITE ET DISPONIBILITE	1: A l'extérieur de la structure sont affichés les horaires d'ouverture et les numéros de téléphone des services de garde en dehors de ces horaires.
	2 : La structure possède un système téléphonique suffisant en capacité de réception et d'émission d'appels
	<u>3 : Le message d'accueil du répondeur téléphonique est clair et précise comment joindre les services ou médecins de garde (ou transfert d'appel vers l'un des médecins).</u>
	4 : Les consultations se font sur rendez-vous.
	7 : Les patients peuvent contacter la maison de santé via un accueil téléphonique ou sur place, plus de 45 heures par semaine sur au moins 5 jours.
	6 : Les professionnels de santé de la maison de santé ont organisé les horaires de visites à domicile non urgentes, pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.
	7 : Les patients peuvent contacter la maison de santé via un accueil téléphonique ou sur place, plus de 45 heures par semaine sur au moins 5 jours.
	8 : Il existe un protocole écrit décrivant quels conseils peuvent être donnés aux patients par le personnel non médical (secrétaires d'accueil).

ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES	9 : Plusieurs places de parking sont réservées aux personnes handicapées à proximité de la structure.
	10 : Si la maison de santé n'est pas au rez-de-chaussée, il y a un ascenseur.
	11: Le déplacement des fauteuils roulants est facilité.
LOCAUX	12 : L'entretien des locaux et du mobilier est satisfaisant.
	13 : Il y a (n places par professionnel de santé) en salle d'attente.
	14 : Il y a de la place pour les poussettes et landaus.
	15 : Il y a des toilettes avec lavabo réservées aux patients, avec au moins un W.C. aménagé pour les personnes en fauteuil roulant, par niveau accessible au public.
	16 : On trouve des signes NON-FUMEUR dans la salle d'attente.
EQUIPEMENT NON MEDICAL	17 : On trouve une armoire fermée, permettant de stocker les médicaments.
	18 : On trouve un réfrigérateur réservé au stockage de médicaments, contenant un thermomètre à minima/maxima.
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION - SECURITE	19 : On trouve un ordinateur par salle de consultation.
	20 : La maison de santé possède un accès Internet.
	21 : Tous les ordinateurs sont protégés par un nom d'utilisateur et un mot de passe.
	22 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un antivirus.
	23 : L'antivirus est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	24 : Tous les ordinateurs avec un accès Internet sont protégés par un pare-feu.
	25 : Le pare-feu est mis à jour automatiquement et tous les jours.
	26 : Une sauvegarde des données est réalisée tous les jours.
	131 : Il existe des procédures clairement définies, relatives aux sauvegardes des données informatiques, et aux autorisations de modifications et installations de programmes.
EQUIPEMENT MEDICAL - INCLUANT LES MEDICAMENTS	27 : L'équipement médical essentiel est disponible sur le site (urgence, réanimation).
	28 a : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles en permanence dans les trousse d'urgence.
	28 b : Il existe une liste, mise à jour, des médicaments devant être disponibles sur le site.
	<u>29 : Les principaux médicaments d'urgence sont disponibles (sur site)</u>
	<u>30 : Les principaux médicaments des trousse d'urgence ne sont pas périmés.</u>
	31 : On trouve une liste du matériel qui doit se trouver dans les sacs des médecins.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

DOMAINE : PERSONNEL ET USAGERS

DIMENSION	INDICATEUR
SATISFACTION DES PATIENTS (EUROPEP- questionnaire associé à l'EPA dans les études de validation)	32 : Les patients sont satisfaits de l'accessibilité téléphonique du cabinet.
	33 : Les patients sont satisfaits des possibilités de joindre un médecin au téléphone.
	Les patients obtiennent des rendez-vous à des horaires satisfaisants.
	La durée d'attente en salle d'attente est jugée satisfaisante.
	Les patients jugent la confidentialité de leur dossier satisfaisante.
	Les patients sont satisfaits de l'accueil du personnel non médical.
	Les patients estiment se souvenir des conseils donnés lors de précédentes consultations.
	Les patients sont satisfaits de l'écoute de leur médecin.
	Les patients estiment que le médecin se sent concerné par leur problème.
	Les patients estiment pouvoir parler facilement de leur problème au médecin.
	Les patients estiment que le médecin consacre suffisamment de temps à la consultation.
	Les patients sont satisfaits des explications données par le médecin au sujet des examens et des traitements.
	Les patients jugent l'examen clinique satisfaisant.
	Les patients estiment que leur médecin travaille consciencieusement.
	Les patients considèrent que leur médecin/la maison de santé, leur permet de comprendre l'importance de suivre les conseils médicaux.
	Les patients se sentent suffisamment impliqués dans la prise de décision concernant les soins médicaux.
	Les patients estiment qu'ils peuvent assumer leurs activités quotidiennes.
	Les patients considèrent que leur médecin/la maison de santé répond de façon rapide à leurs problèmes de santé urgents.
	Les patients se sentent rapidement soulagés de leurs symptômes.
	Les patients sont satisfaits des actions menées en terme de prévention.
	Les patients sont satisfaits de la prise en charge des répercussions psychologiques de leur problèmes de santé.
	Les patients sont satisfaits des explications données par leur médecin au sujet de leurs maladies et symptômes.
	Les patients sont satisfaits du suivi du traitement proposé par un spécialiste ou un service hospitalier.
	Les patient ne considèrent avoir aucune raison de changer de médecin.
	Les patients conseilleraient leur médecin à leurs amis.

SATISFACTION DU PERSONNEL NON MEDICAL QUANT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	34 : Chacun estime que ses responsabilités au sein de l'équipe sont clairement définies.
	35 : Chacun est satisfait des conditions de travail.
	36 : Chacun se sent encouragé à émettre des suggestions pour améliorer la maison de santé.
	37 : Chacun trouve que l'ambiance de travail est bonne au sein de la maison de santé.
SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES QUANT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL.	38 : Chacun estime que son travail est suffisamment varié.
	39 : Chacun est satisfait de pouvoir exploiter ses capacités.
	40 : Chacun est satisfait par la liberté qu'il a de choisir ses méthodes de travail.
	41 : Chacun est satisfait des responsabilités qui lui sont confiées.
	42 : Chacun est satisfait des conditions de travail
	43 : Chacun est satisfait des horaires de travail.
	44 : Chacun est satisfait de sa rémunération.
	45 : Chacun est satisfait de la reconnaissance obtenue.
MANAGEMENT	46 : Chacun est satisfait de ses collègues.
	47 : De façon générale, chacun trouve son travail satisfaisant.
	48 : Les professionnels impliqués dans les soins ont les qualifications appropriées.
	49 : Les diplômés des nouveaux employés sont vérifiés.
	50 : Chaque employé a un contrat de travail.
FORMATION INITIALE ET CONTINUE.	51 : Les nouveaux employés et associés reçoivent une formation au fonctionnement de la maison de santé.
	52 : Une réunion est organisée au moins mensuellement, à laquelle tous les membres de l'équipe sont conviés.
	53 : La maison de santé reçoit en stage des internes en médecine.
	54 : La maison de santé reçoit en stage des étudiants de deuxième cycle en médecine.
	55 : La maison de santé reçoit en stage des élèves infirmières.
	56 : Les secrétaires d'accueil sont formées à identifier et répondre de façon appropriée aux problèmes urgents.
	57 : Tous les professionnels de santé et réceptionnistes suivent une formation continue complémentaire.
	58 : Tout le personnel médical et les réceptionnistes ont reçu une formation professionnelle dans les 12 derniers mois.
	59 : On trouve une liste des professionnels de santé ayant assisté à une formation continue sur les premiers secours au cours des 18 mois précédents

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

DOMAINE : INFORMATIONS ET DONNEES

DOMAINE	INDICATEUR
INFORMATION DES PATIENTS SUR LA MAISON DE SANTE.	60 : Une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible.
	61 : Si une brochure d'informations sur la maison de santé est disponible, elle contient des informations sur la composition de l'équipe de professionnels de santé, les horaires d'ouverture, les numéros de téléphone à joindre aux heures d'ouverture et en dehors de ces horaires.
INFORMATION DES PATIENTS SUR LES SOINS ET LES PROBLEMES DE SANTE	64 : Des brochures d'informations sont disponibles et accessibles en salle d'attente.
	65 : Le cabinet propose aux patientes des informations sur le rôle des Médecins Généralistes, Sages-femmes, par rapport aux services hospitaliers, dans le cadre du suivi de grossesse et des soins post-nataux.
DOCUMENTATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS	66 : Chaque Médecin Généraliste a un accès direct à des revues médicales (papier ou électroniques) à l'intérieur de la structure.
	67 : Chaque Médecin Généraliste a accès aux recommandations cliniques (papier ou électroniques) dans sa salle de consultation.
	68 : Chaque Médecin Généraliste a un accès internet.
	69 : Chaque Médecin Généraliste a reçu une formation à l'utilisation des bases de données bibliographiques sur Internet (pubmed, Medline, Embase).
MEDECINE PREVENTIVE	70 : La maison de santé réalise des démarches de prévention.
	71 : Le dossier médical contient des données sur la consommation d'alcool et de tabac.
	72 : La maison de santé soutient les fumeurs dans leur démarche de sevrage grâce à un protocole, en leur fournissant des informations écrites et un soutien médicamenteux adapté.
DONNEES CLINIQUES, DOSSIER MEDICAL	73 : Chaque contact avec un patient est enregistré dans son dossier, que ce soit une consultation, une visite ou un conseil téléphonique.
	74 : Une procédure décrit un langage commun de rédaction des informations écrites dans le dossier médical (notamment des abréviations).
	75 : Le dossier médical contient les antécédents du patient.
	76 : Le dossier médical contient le traitement en cours du patient.
	77 : Le dossier médical contient le numéro de téléphone du patient.
	78 : Le dossier médical contient la profession du patient.
	79 : Le dossier médical contient les allergies et intolérances médicamenteuses du patient.
	80 : Un système de codage international des données est utilisé.
	81 : Six indicateurs suivants : version EPA 2005 :
	a) Pour chaque consultation est enregistré le motif de consultation.
	b) Pour chaque consultation est enregistré une conclusion de consultation (problème/diagnostic).

	c) Pour chaque consultation sont enregistrées les données permettant cette conclusion.
	d) Pour chaque consultation est enregistré le traitement proposé.
	e) Si des médicaments sont prescrits, leur dose, la durée et la voie d'administration sont enregistrées.
	f) Pour chaque consultation sont enregistrées les informations données au patient.
	82 : Il existe une procédure pour se procurer les dossiers et antécédents médicaux des nouveaux patients.
	83 : Il y a un système permettant de passer en revue les traitements prescrits à chaque patient.
	84 : Un système permet de s'assurer que les résultats d'examens sont bien vus par le médecin avant leur enregistrement dans le dossier.
	85 : Il existe une procédure pour s'assurer que les membres de l'équipe sont informés des décès.
	86 : Il existe une procédure pour s'assurer que les informations émanant d'autres professionnels de santé et les résultats d'examens sont bien enregistrés dans le dossier médical.
COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	87 : Les dossiers, lettres d'hospitalisation et résultats d'examens sont classés chronologiquement.
	88 : Il y a un répertoire à jour des professionnels de santé locaux.
	89 : L'ensemble des professionnels de santé participe à l'organisation de la permanence des soins.
UTILISATION DE L'INFORMATIQUE	92 : Chaque médecin a un accès E-mail.
	93 : Les dossiers médicaux sont informatisés.
	94 : L'ordinateur est utilisé pour les prescriptions.
	95 : L'ordinateur est utilisé pour les courriers adressés aux confrères.
	96 : L'ordinateur est utilisé pour l'enregistrement de listes de patients.
CONFIDENTIALITE	97 : L'ordinateur est utilisé pour la comptabilité.
	98 : Une séparation physique permettant l'intimité lors du déshabillage et de l'examen clinique est disponible dans chaque salle de consultation.
	99 : L'insonorisation et la confidentialité de l'accueil et des salles de consultation sont assurées.
	100 : Les dossiers médicaux, et tous les fichiers contenant des informations personnelles, ne sont ni stockés ni laissés visibles dans les zones accessibles au public.

DOMAINE : QUALITE ET SECURITE

DIMENSION	INDICATEUR
POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE	101 : Il y a une réunion d'équipe au moins mensuelle.
	102 : Il y a une réunion d'équipe tenue mensuellement sur le sujet de la qualité : revue de dossiers, discussions autour de cas difficiles, thématiques de coopération.
	103 : Le personnel de la maison de santé, a dégagé du temps au cours des 12 derniers mois pour discuter de la stratégie de la maison de santé.
	104 : Des cibles d'amélioration de la qualité ont été définies au cours de l'année précédente.
	105 : Au moins un audit clinique a été conduit au cours de l'année précédente.
	106 : Le rapport annuel de la maison de santé contient un rapport sur la qualité.
	107 : La satisfaction des patients est évaluée régulièrement.
DETECTION DES PROBLEMATIQUES DE SECURITE ET DE QUALITE	108 : L'équipement médical (ophtalmoscope, instruments...) est vérifié et réglé régulièrement selon les réglementations nationales.
GESTION DES PLAINTES	109 : On trouve une boîte de suggestions pour les patients.
	110 : Il existe une procédure de gestion des plaintes.
	111 : Toutes les plaintes des patients sont enregistrées.
	112 : Toutes les plaintes des patients sont analysées et discutées.
ANALYSE D'EVENEMENTS SIGNIFICATIFS	113 : Il existe un registre des événements significatifs.
	114 : Les événements significatifs sont analysés et discutés.
SECURITE DU PERSONNEL ET DES PATIENTS, HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS.	115 : Il existe un protocole d'hygiène écrit.
	116 : Les procédures de stérilisation des instruments sont conformes aux recommandations nationales.
	117 : Le protocole d'hygiène décrit la désinfection du matériel médical
	118 : Le protocole d'hygiène décrit quand et comment utiliser le matériel stérile.
	119 : Le protocole d'hygiène décrit comment éliminer le matériel usager.
	120 : Le protocole d'hygiène décrit l'utilisation de matériel de protection.
	121 : Le protocole d'hygiène décrit l'élimination du matériel tranchant et contaminé.
	122 : Il existe un protocole écrit de prévention de la contamination du personnel par du matériel souillé.

	123 : On trouve du matériel de stérilisation (Autoclave ou Poupinel).
	124 : Les salles de consultation contiennent l'équipement permettant le lavage, la désinfection et le séchage hygiénique des mains.
	125 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération du matériel médical utilisé (en attente de sa désinfection/stérilisation).
	126 : Les salles de consultation contiennent des bacs de récupération de matériel tranchant.
	127 : Les salles de consultation contiennent des containers étanches (déchets d'activité de soins à risque infectieux).

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

DOMAINE : FINANCES

DIMENSION	INDICATEUR
RESPONSABILITES ET GESTION FINANCIERES	<u>128 : Les responsabilités dans la gestion comptable de la maison de santé, sont clairement définies.</u>
BILAN PREVISIONNEL	129 : La maison de santé tient un bilan prévisionnel avec l'ensemble des recettes et dépenses prévues.
BILAN COMPTABLE	130 : Un bilan comptable annuel est produit.

Indicateurs : d'après TOPAS Europe 2009 et health and social care information centre 2009

158 indicateurs au total

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : Grol R., Marshall M, Campbell S.
Quality Assessment and Improvement in Primary Care
in : Grol R, Dautzenberg M., Brinkmann H (eds.)
Quality Management in Primary Care -European Practice Assessment [en ligne]
Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh ; 2004 [consulté le 12 février 2009] p. 9-19
Disponible sur
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23374_23375_2.pdf

- 2 : Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J-B, et al.
Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique : status quo ou quo vadis ?
Good Clinical Practice (GCP).
Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE Reports 76B

- 3 : Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A.
Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne [en ligne]
Questions d'économie de la santé n°147 ; oct obre 2009 [consulté le 14/01/2010]
Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

- 4 : Conseil national de l'Ordre des médecins
Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2008 [en ligne]
Septembre 2008 – Étude n°41 [consulté le 01/06/2009]
Disponible sur <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>

- 5 : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
Tome 1. La Médecine Générale. Le rapport 2006-2007 [en ligne]
ONDPS 2008 [consulté le 10 juin 2009]
Disponible sur http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf

- 6 : Attal-Joubert K, Vanderschelden M.
La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales
[en ligne]
DREES. Etudes et Résultats n°679 • février 2009 [consulté le 4 juin 2009]
Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>

- 7 : Bernier M.
Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement
par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de
la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire [en ligne]
N°1132 [consulté le 4/06/2009]
Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1132.pdf>

- 8 : Berland Y
Commission démographie médicale - Rapport [en ligne]
Paris ; Ministère des solidarités, de la santé et de la famille –
Avril 2005 [consulté le 27 avril 2010]
Disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000315/0000.pdf>

- 9 : Sigillo-Jendoubi K.
Aide à la démarche qualité des maisons de santé à travers une enquête de satisfaction des
patients.
Besançon ; 2008.

- 10 : ONDPS – Comité régional Bourgogne
Démographie des professions de santé –Rapport pour la Bourgogne [en ligne]
2009 [consulté le 9/06/2009]
Disponible sur <http://bourgogne.sante.gouv.fr/themes/statistiques/etudes/pdf/rapport09.pdf>

- 11 : Bessiere S., Breuil-genier P., Darrine S.
La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections.[en ligne]
DREES, Etudes et résultats ; novembre 2004, n° 353 [consulté le 02/06/2009]
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er353.pdf>

- 12 : Ambroise-thomas P.
La démographie médicale - Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national [en ligne].
Académie Nationale de Médecine - Rapport au nom de ma commission XVI (Exercice médical en milieu libéral) adopté le 17 février 2009 [consulté le 02/06/2009]
Disponible sur
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1525>

- 13 : Juilhard J-M.
Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale [en ligne].
Paris ; Sénat. Annexe au procès-verbal de la séance du 3 octobre 2007
[consulté le 27 avril 2010]. Disponible sur
<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>

- 14 : Berland Y, Burdillat M, Daniel C.
Les effectifs et l'activité des professionnels de Santé.
In Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [en ligne]
Tome 1 : 2004. [consulté le 03/01/2008]
Disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000455/0000.pdf>

- 15 : Ferley J-P, Da Silva E.
Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes [en ligne].
Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes
Réalisation de l'étude : Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire-
Rapport N°488 ; Février 2005 [consulté le 19/09/2008]
Disponible sur http://www.urmlra.org/upload/urmlra/urm_etude/pj/MUTATIONS_MED_GENE1199268760529.pdf

- 16 : Sliman G, Audic Y, Périgois E.
Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel [en ligne]
BVA – CNOM ; Mars 2007 [consulté le 10/10/2010]
Disponible sur http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage_fiche/585/fichier_tb757presentationcnodef_ce847.pdf

- 17 : Audric S.
L'exercice en groupe des médecins libéraux [en ligne].
DREES ; Etudes et Résultats n°314, juin 2004 [consulté le 28/08/2009]
Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er314.pdf>

- 18 : C. Estellat, L. Lebrun
Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et de la protection sociale[en ligne]
mai 2004 [consulté le 11/01/2010]
Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ebs_sros/synthese/synthese_ebs.pdf

- 19 : URCAM
Evaluation des besoins de soins en France – Etude nationale [en ligne]
Janvier 2007 [consulté le 02/06/2009]
Disponible sur http://pagesperso-orange.fr/femasac/Besoins_soins_en_France.pdf

- 20 : Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J.; avec la collaboration de Bataillon R, Samzun J-L (URML Bretagne) et Rochaix L. (HAS).
Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006 « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons » [en ligne]
Document de travail n°5 ; août 2007 [consulté le 18/09/2008]
Disponible sur
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>
- 21 : Comité de gestion du FAQSV de Franche-Comté et URCAM de Franche-Comté
Maison médicale pluridisciplinaire : aide à l'élaboration d'un projet [en ligne]
Besançon : URCAM de Franche-Comté, 2005, 23p [consulté le 4 mai 2010]
Disponible sur
<http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/MMP.pdf>
- 22 : Y. Bourgueil, J. Mousquès, A. Marek, A. Tajahmadi
Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France [en ligne]
IRDES ; Bulletin d'information en économie de la santé n°122 - Mai 2007
[consulté le 31/01/2008] disponible sur
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>
- 23 : Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G.
Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères [en ligne]
Inspection générale des Finances ; N° 2002-M-023-02 , mars 2003
[consulté le 04/07/2008] disponible sur
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000159/0000.pdf>
- 24 : Comité de gestion du FAQSV de Bourgogne et URCAM de Bourgogne
Maison médicale en Bourgogne : comment s'y prendre ? [en ligne]
Dijon : URCAM de Bourgogne, 2004, 48p [consulté le 4 mai 2010]
Disponible sur http://pagesperso-orange.fr/femasac/Urcam_Bourgogne.pdf
- 25 : Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J.
Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, l'apport d'expériences européennes et canadiennes [en ligne]
DREES. Document de travail n°57 -mars 2006
[consulté le 03/01/2008] disponible sur
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud57.pdf>
- 26 : HAS
L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Evaluation et amélioration des pratiques. Une démarche d'amélioration de la qualité. Novembre 2007 [en ligne]
[consulté le 22/09/2008] Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/l'exercice_coordonne_et_protocolé_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf
- 27 : Union régionale des caisses d'Assurance maladie de Franche-Comté ; Fédération des maisons de santé comtoise (Femasac) ; Mutualité sociale agricole de Franche-Comté (MSA) ; Région de Franche-Comté.
Concevoir et faire vivre une maison de santé.
Besançon ; 2008.
- 28 : HAS
Espace Professionnels de Santé – Certification des établissements de santé [en ligne]
2009. [consulté le 4 mai 2010] Disponible sur
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5252/etablissements-de-sante-certification?cid=c_5252
- 29 : Roemer MI, Montoya-Aguilar C.
Quality assessment and assurance in primary health care [en ligne]
Genève 1988 , WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
[consulté le 11/06/2009] disponible sur
http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_105.pdf

- 30 : Donabedian A.
The definition of quality and approaches to its management, vol 1 : Explorations in Quality assessment and Monitoring
Ann Arbor, MI : Health Administration Press. 1980
- 31 : Zeynep Or, Com-Ruelle L.
La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [en ligne]
IRDES ; Document de Travail n°18, décembre 2008
[consulté le 15/01/2010] disponible sur
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
- 32 : Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I.A.
Chap. 1 : Quality of care : an overview
In : Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [en ligne].
World Health Organisation; Observatory Studies Series No 12 – 2008.
[consulté le 11/06/2009] disponible sur
<http://www.euro.who.int/document/e91397.pdf>
- 33 : France
LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1
- 34 : Assurance Maladie
FIQCS – Présentation [en ligne]
8 juin 2009 [consulté le 28/01/2010] disponible sur
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/fiqcs/presentation.php>
- 35 : Conseil de l'Europe
The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care [en ligne].
Recommandation No. R (97) 17 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1997 and explanatory Memorandum .
[consulté le 17/01/2010] disponible sur
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=584777&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>
- 36 : EQuIP
About EQuIP [en ligne]
C 24 mai 2009 [consulté le 28/01/2010] disponible sur
http://www.equip.ch/flx/about_equip/
- 37 : Donabedian A.
Evaluating the quality of medical care [en ligne]
The Milbank Memorial Fund Quarterly : Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 -pp.166–203.
[consulté le 17/12/2008] disponible sur
<http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>
- 38 : Campbell S M, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M N.
Improving the quality of health care Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care
BMJ 2003 ; 326:816–9
- 39 : Campbell S., Von Below G., Brinkmann H., Gerlach F.
External Accountability: Accreditation and Certification for Primary Care
in : Grol R, Dautzenberg M., Brinkmann H (eds.)
Quality Management in Primary Care -European Practice Assessment [en ligne]
Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh ; 2004 - p. 27-37
[Consulté le 12 février 2009] disponible sur
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23374_23375_2.pdf

- 40 : Rhydderch M., Edwards A, Elwyn G., Marshall M, Grol R
Organizational Assessment in Primary Care: An Overview
in : Grol R, Dautzenberg M., Brinkmann H (eds.)
Quality Management in Primary Care -European Practice Assessment [en ligne]
Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh ; 2004 - p. 27-37
[Consulté le 12 février 2009] disponible sur
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23374_23375_2.pdf
- 41 : Engels Y., Dautzenberg M, Campbell S.
Quality Indicators for the Management and Organization of General Practices in Europe
in : Grol R, Dautzenberg M., Brinkmann H (eds.)
Quality Management in Primary Care -European Practice Assessment [en ligne]
Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh ; 2004 - p. 64-76.
[Consulté le 12 février 2009] disponible sur
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23374_23375_2.pdf
- 42 : Equip
Indicators set for organisational quality [en ligne]
c 20/11/2009 [consultée le 28/01/2010] disponible sur
http://www.equip.ch/flx/tools_and_methods/indicator_sets_for_organisational_quality/ .
- 43 : TOPAS-Europe
European Practice Assessment – EPA - Easy to use and scientifically developed quality
management for general practice [en ligne]
2008 [consulté le 09/12/2008] Disponible sur
http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11_0.pdf
- 44 : Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M et al.
Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care
practices [en ligne]
Family Practice 2006;23: 137–147.
[consulté le 12/02/2009] disponible sur
<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/1/137>
- 45 : Engels Y., Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Grol R.
The EPA Pilot: Practice Management in Primary Care in Nine Countries
In in : Richard Grol, Maaïke Dautzenberg, Henrik Brinkmann (eds.)
Quality Management in Primary Care -European Practice Assessment [en ligne]
Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh ; 2004 - p. 77-92.
[Consulté le 12 février 2009] disponible sur
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23374_23375_2.pdf
- 46 : Bernstein D.
Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre, [en ligne]
Assurance maladie ; Points de repère n°17; juillet 2008.
[consulté le 12/12/2008] disponible sur
http://ameli.fr/fileadmin/user_upload/documnts/Ponts_de_repere_n_17.pdf
- 47 : The Department of Health
Investing in General Practice - The New General Medical Services Contract.[en ligne]
C 2003 [consulté le 14/09/2009] disponible sur
http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh_@en/documents/digitalasset/dh_4071967.pdf
- 48 : The NHS Confederation (Employers Company Ltd).
Quality and Outcomes Framework guidance for GMS Contract 2008/09. Delivering investment
in general practice. [en ligne]
Avril 2008. 149 p. [consulté le 30/11/2009] Disponible sur
http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653
- 49 : Conseil National de l'Ordre des Médecins ;
Code de déontologie. Article 77 : Permanence de soins – obligations [en ligne].
[Consulté le 30/01/2010] Disponible sur
<http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=deonto/article.php&offset=8>

- 50 : L'accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Guide technique pour l'application des textes réglementaires [en ligne]. Centre d'Etudes Techniques de l'Equipement de l'Ouest, Groupe Construction et la Direction générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, juin 2004. [consulté le 21/01/2010] disponible sur http://www.urml-bretagne.fr/fileadmin/templates/urmlb/public/PDF/11413_b01.pdf
- 51 : Société Française de Thérapeutique du Généraliste ; Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical [en ligne]. Recommandations professionnelles. Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS.RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES Juin 2007 [consulté le 08/10/2009] Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_argumentaire.pdf
- 52 : Royal Australian College of General Practitioners. A quality framework for Australian general practice 2005 [en ligne]. Background Paper july 2005 [consulté le 5/01/2010] Disponible sur http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/Advocacy/AqualityframeworkforAustralianGeneralPractice/20060210qualityframe_backgpaper.pdf
- 53 : Dickson P. Quality and Outcomes Framework Review 2006 [en ligne] Primary Care Contracting – National health Service employers 2006 [Consulté le 21/01/2010] disponible sur http://www.pcc.nhs.uk/events/uploads/qof_workshop_presentation_10_feb_20061.ppt
- 54 : GMS Contract Quality and outcomes framework Guidance [en ligne] Août 2004. 119 p. [consulté le 25/01/2010] Disponible sur <http://www.wales.nhs.uk/sites3/docmetadata.cfm?orgid=480&id=33618>
- 55 : CSMF ; SML ; MG France ; SFDRMG ; SFTG ; CNGE ; SFMG Vers un collège de Médecine Générale : 26 organisations représentant les diverses composantes de la profession avancent ensemble vers un Collège de Médecine Générale [en ligne] Paris, 29 avril 2009 [Consulté le 05/01/2010] Disponible sur http://www.smg-pratiques.info/IMG/pdf_Communique_VUC_29_avril_2009.pdf
- 56 : CSMF ; SML ; MG France ; SFDRMG ; SFTG ; CNGE ; SFMG Amélioration de la qualité des soins et des pratiques : pour un développement professionnel continu (DPC) [en ligne] Groupe Vers un Collège de Médecine Générale, Communiqué. 16 février 2009 [consulté le 06/01/2010] disponible sur <http://www.mgfrance.org/content/view/951/1463/>
- 57 : Van den Homberg P, Grol R, Van den Hoogen H J M, Van den Bosch W J H M. Assessment of management in general practice : validation of a practice visit method. British Journal of General Practice, 1998, 48, 1743-1750.
- 58 : Royal Australian College of General Practitioners Standards for General Practice Education and Training Requirements for Fellowship [en ligne] Melbourne 2005 [Consulté le 05/01/2010] Disponible sur <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/educationandtraining/Assessment/RequirementsforFellowship/2005fellowship.pdf>
- 59 : Royal Australian College of General Practitioners Practice Support – Standards for general Practitioners [en ligne] Melbourne ; C 26/07/2007 [Consulté le 31/01/2010] disponible sur <http://www.racgp.org.au/standards>

PLAN DETAILLE

SOMMAIRE	19
ABREVIATIONS UTILISEES	21
INTRODUCTION	25
A CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE	29
A.1 ENJEUX DE L'ACCES AUX SOINS : EVOLUTION DE L'OFFRE ET DES BESOINS DE SOINS	29
A.1.1 EVOLUTION NUMERIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DES EFFECTIFS MEDICAUX	29
A.1.1.1 <u>Diminution prévisible des effectifs des médecins, notamment libéraux, dans les années à venir</u>	29
A.1.1.2 <u>Les estimations de la densité médicale ne permettent qu'une appréciation imparfaite de l'offre de soins et son évolution</u>	32
A.1.1.3 <u>Evolution démographique des effectifs médicaux</u>	33
A.1.1.3.1 <u>Vieillesse puis rajeunissement</u>	33
A.1.1.3.2 <u>Une féminisation qui se confirme</u>	35
A.1.1.4 <u>Quelles situations et quelles projections en Bourgogne et Franche-Comté?</u>	36
A.1.1.4.1 <u>Situation démographique franc-comtoise</u>	36
A.1.1.4.2 <u>Situation démographique bourguignonne</u>	36
A.1.1.4.3 <u>Dernières projections régionales de la DREES</u>	38
A.1.2 EVOLUTION DU MODE D'EXERCICE ET DES ASPIRATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE	40
A.1.2.1 <u>Diminution des durées de carrière : augmentation des périodes de remplacements et cessations d'activité plus précoces</u>	40
A.1.2.2 <u>L'exercice libéral est délaissé</u>	41
A.1.2.3 <u>La médecine générale est vue par les étudiants et les jeunes praticiens comme une discipline contraignante</u>	43
A.1.2.4 <u>Un attrait pour l'exercice en groupe qui s'amplifie</u>	44
A.1.3 EVOLUTION DES BESOINS DE SOINS	47
A.1.4 APERCU DES OUTILS ET DES MESURES PRISES PAR LES POUVOIRS PUBLICS FACE A CES ENJEUX	50
A.1.4.1 <u>Développement d'outils d'étude et de « pilotage » de la démographie, détaillés dans le rapport Commission Démographie Médicale</u>	50
A.1.4.1.1 <u>Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé</u>	50
A.1.4.1.2 <u>Répertoire Partagé pour les Professionnels de Santé (RPPS)</u>	50
A.1.4.1.3 <u>Missions Régionales de Santé</u>	50
A.1.4.2 <u>Aperçu des mesures incitatives évoquées ou appliquées :</u>	52
A.1.4.2.1 <u>Mesures non financières</u>	52
2.1.1 <u>Pendant la formation</u>	52
2.1.2 <u>Les outils d'aide à l'installation</u>	52
A.1.4.2.2 <u>Les mesures financières</u>	53
2.2.1 <u>Lors de l'installation</u>	53
2.2.2 <u>Lors de la formation</u>	53
A.1.4.3 <u>Actions des pouvoirs publics accompagnant l'évolution du mode d'exercice</u>	54
A.2 L'EXERCICE MEDICAL REGROUPE EN MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE	57
A.2.1 SOUTIEN A L'EXERCICE EN GROUPE DE LA PART DES INSTITUTIONS	57
A.2.1.1 <u>Inspection Générale des Finances</u>	57
A.2.1.2 <u>Propositions de Mr Bernier, député rapporteur à l'Assemblée Nationale</u>	58
A.2.1.3 <u>Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie</u>	59
A.2.2 PLACE DES MSP DANS LE CADRE DE L'EXERCICE EN GROUPE	60
A.2.2.1 <u>Définition et description des différentes formes d'exercice regroupé</u>	60
A.2.2.2 <u>Exemples de structures étrangères à intégration verticale</u>	61
A.2.2.3 <u>Définitions d'une MSP</u>	62
A.2.2.3.1 <u>Haute Autorité de Santé</u>	62

A.2.2.3.2	<u>Définition « légale »</u>	63
A.2.2.3.3	<u>Définition de la commission des Affaires Sociales sur la Démographie Médicale</u>	63
A.2.2.4	<u>De la nécessité d'une labellisation ?</u>	64
A.2.2.5	<u>De la nécessité d'une certification ?</u>	64
A.3	<u>PROMOTION DE LA QUALITE DANS LE CONTEXTE DES SOINS PRIMAIRES</u>	67
A.3.1	<u>DEFINITIONS</u>	67
A.3.1.1	<u>Qualité des soins</u>	67
A.3.1.1.1	<u>Qualité</u>	67
A.3.1.1.2	<u>Soins primaires</u>	67
A.3.1.1.3	<u>Qualité des soins</u>	68
A.3.1.2	<u>Dimensions de la qualité des soins</u>	69
A.3.2	<u>AMELIORER LA QUALITE DES SOINS</u>	70
A.3.2.1	<u>Différentes méthodes recensées</u>	70
A.3.2.2	<u>Démarches françaises d'amélioration de la qualité, sous l'égide de la HAS</u>	72
A.3.2.2.1	<u>Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)</u>	72
A.3.2.2.2	<u>Formation Médicale Continue (FMC)</u>	73
A.3.2.2.3	<u>Evolution vers le Développement Professionnel Continu (DPC)</u>	74
A.3.2.2.4	<u>Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles</u>	75
A.3.2.2.5	<u>Le FAQSV puis le FIQCS</u>	75
A.3.2.2.6	<u>Les démarches professionnelles</u>	76
A.3.2.3	<u>Intégrer l'amélioration de la qualité dans une démarche continue, et dans une dynamique internationale</u>	77
A.3.2.3.1	<u>Amélioration continue de la qualité</u>	77
A.3.2.3.2	<u>« Développement de la qualité en médecine générale » : les travaux d'EQuIP</u>	78
A.3.3	<u>EVALUER LA QUALITE DES SOINS</u>	79
A.3.3.1	<u>Que mesurer?</u>	79
A.3.3.2	<u>Comment mesurer : nécessité d'un recueil de données au moyen d'indicateurs</u>	
	<u>Qualité</u>	80
A.3.3.2.1	<u>Définition</u>	80
A.3.3.2.2	<u>Attributs</u>	81
A.3.3.2.3	<u>Méthodes de développement d'indicateurs qualité</u>	81
A.3.3.3	<u>Objectifs de l'évaluation</u>	82
A.3.3.3.1	<u>Evaluation formative</u>	82
A.3.3.3.2	<u>Evaluation sommative</u>	82
A.3.3.3.3	<u>Accréditation et certification</u>	83
A.3.3.3.4	<u>Evaluation externe : distinction d'un système « obligatoire et réglementaire » et d'un système « éducationnel »</u>	83
A.3.4	<u>APERÇU DE METHODES D'EVALUATION DEVELOPPEES AU NIVEAU INTERNATIONAL</u>	85
A.3.4.1	<u>Démarches d'évaluation externe « commerciales »</u>	85
A.3.4.2	<u>Démarches d'évaluation institutionnalisées</u>	85
A.3.4.3	<u>Démarches d'évaluation professionnelles</u>	85
A.3.4.4	<u>Outils à visée « internationale »</u>	86
A.4	<u>PROBLEMATIQUE DEGAGEE ET OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE</u>	87
A.4.1	<u>PROBLEMATIQUE : INSCRIRE L'EXERCICE MEDICAL EN MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE APPROCHE DE LA QUALITE DES SOINS</u>	87
A.4.2	<u>OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL</u>	88
B	<u>MATERIEL ET METHODES</u>	89
B.1	<u>METHODE D'ELABORATION DE NOTRE GRILLE D'ANALYSE</u>	89
B.1.1	<u>TRADUCTION ET SELECTION DES INDICATEURS DE L'OUTIL EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT (EPA)</u>	89
B.1.1.1	<u>Comment nous sommes-nous intéressés à cet outil?</u>	89
B.1.1.2	<u>Un outil adapté aux objectifs de notre thèse</u>	90
B.1.1.3	<u>Comment a été développé cet outil?</u>	91
B.1.1.3.1	<u>Pays et équipes impliqués</u>	91
B.1.1.3.2	<u>Le cadre conceptuel de « practice management » constitué de cinq « domaines », subdivisés en « dimensions »</u>	91
B.1.1.3.3	<u>Méthode de développement des Indicateurs Qualité</u>	92
B.1.1.3.4	<u>Démarche de validation de l'EPA</u>	92
B.1.1.4	<u>Traduction, choix et inclusion des indicateurs qualité (IQ) dans notre étude</u>	93

B.1.1.4.1	<u>Traduction de l'ensemble des indicateurs de la version 2008</u>	93
B.1.1.4.2	<u>Sélection des indicateurs qualité</u>	93
B.1.1.4.2.1	<u>Sélection des indicateurs qualité de l'étude pilote EPA (2004)</u>	93
B.1.1.4.2.2	<u>Inclusion d'autres indicateurs qualité de l'outil EPA, adaptés selon nous au cadre d'exercice en MSP</u>	94
B.1.2	<u>TRADUCTION ET SELECTION D'INDICATEURS DU QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK</u>	95
B.1.2.1	<u>Contexte : le « new General Medical Service Contract » de 2004</u>	95
B.1.2.2	<u>Développement des indicateurs qualité du QOF</u>	96
B.1.2.3	<u>Traduction et Sélection d'indicateurs qualité</u>	97
B.1.3	<u>REALISATION D'UN OUTIL SIMPLIFIE POUR NOTRE THESE</u>	98
B.2	<u>INCLUSION DES MSP ET ECHANTILLONNAGE</u>	100
B.2.1	<u>CRITERES D'INCLUSION</u>	100
B.2.2	<u>ECHANTILLON OBTENU</u>	100
B.3	<u>RECUEIL DES DONNEES</u>	101
B.3.1	<u>RECOPAGE AVEC LES DONNEES STRUCTURE DE L'ETUDE IRDES</u>	101
B.3.2	<u>ÉLABORATION DE QUESTIONNAIRES LISTANT LES INDICATEURS NON VALIDES GRACE AUX DONNEES IRDES</u>	102
B.3.2.1	<u>Validation par entretien téléphoniques avec les secrétaires d'accueil ou de direction-</u>	102
B.3.2.2	<u>Validation par entretien téléphonique avec les médecins référents lors de l'étude IRDES : pour trois MSP</u>	102
B.3.2.3	<u>Validation par envoi d'un courrier électronique aux médecins référents des six autres MSP</u>	102
B.4	<u>ANALYSE DESCRIPTIVE DES MSP, D'APRES LES DONNEES IRDES</u>	103
B.4.1	<u>STRUCTURES : CONCEPTION ET ENVIRONNEMENT</u>	103
B.4.1.1	<u>Historique</u>	103
B.4.1.2	<u>Bases du projet</u>	104
B.4.1.2.1	<u>Structures juridiques</u>	104
B.4.1.2.2	<u>Investissement financier</u>	105
B.4.2	<u>LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LES MSP VISITEES</u>	106
B.4.2.1	<u>Constitution des équipes multidisciplinaires</u>	106
B.4.2.2	<u>Sexe</u>	107
B.4.2.3	<u>Age</u>	108
B.5	<u>ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE TRAVAIL</u>	108
C	<u>RESULTATS : ETUDE QUALITATIVE DES MSP AU MOYEN DE NOTRE OUTIL SIMPLIFIE</u>	111
C.1	<u>RETOUR DES QUESTIONNAIRES ET VALIDATION DES INDICATEURS QUALITE</u>	111
C.2	<u>DOMAINE « INFRASTRUCTURE »</u>	112
C.2.1	<u>SYNTHESE DES RESULTATS POUR LE DOMAINE « INFRASTRUCTURE »</u>	112
C.2.2	<u>DIMENSION « ACCESSIBILITE ET DISPONIBILITE »</u>	113
C.2.3	<u>DIMENSION « ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES »</u>	115
C.2.4	<u>DIMENSION « LOCAUX »</u>	116
C.2.5	<u>DIMENSION « EQUIPEMENT NON MEDICAL »</u>	117
C.2.6	<u>DIMENSION « TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION, SECURITE »</u>	118
C.2.7	<u>DIMENSION « EQUIPEMENT MEDICAL »</u>	120
C.3	<u>DOMAINE « INFORMATIONS ET DONNEES »</u>	122
C.3.1	<u>SYNTHESE DES RESULTATS POUR LE DOMAINE « INFORMATIONS ET DONNEES »</u>	122
C.3.2	<u>DIMENSION « INFORMATION DES PATIENTS SUR LE CABINET/ LA MAISON DE SANTE »</u>	123
C.3.3	<u>DIMENSION « INFORMATION DES PATIENTS SUR LES SOINS ET LES PROBLEMES DE SANTE »</u>	123

C.3.4	DIMENSION « DOCUMENTATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS » -----	124
C.3.5	DIMENSION « DONNEES CLINIQUES, DOSSIER MEDICAL » -----	125
C.3.6	DIMENSION « COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE » -----	127
C.3.7	DIMENSION « UTILISATION DE L'INFORMATIQUE » -----	128
C.3.8	DIMENSION « CONFIDENTIALITE » -----	129
C.4	DOMAINE « QUALITE ET SECURITE » -----	131
C.4.1	SYNTHESE POUR LE DOMAINE « QUALITE ET SECURITE » -----	132
C.4.2	DIMENSION « POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE » -----	133
C.4.3	DIMENSION « GESTION DES PLAINTES » -----	135
C.4.4	DIMENSION « SECURITE DU PERSONNEL ET DES PATIENTS, HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS » -----	135
C.5	<u>SYNTHESE DES RESULTATS</u> -----	137
D	<u>DISCUSSION</u> -----	139
D.1	<u>DES RESULTATS</u> -----	139
D.1.1	<u>DOMAINE « INFRASTRUCTURE » -----</u>	139
D.1.1.1	<u>Dimension « accessibilité et disponibilité » -----</u>	139
D.1.1.2	<u>Dimension « accès des personnes handicapées » -----</u>	140
D.1.1.3	<u>Dimension « locaux » -----</u>	141
D.1.1.4	<u>Dimension « Equipement non médical » -----</u>	141
D.1.1.5	<u>Dimension « Technologie de l'information, sécurité » -----</u>	141
D.1.1.6	<u>Dimension « Equipement médical » -----</u>	142
D.1.1.7	<u>Synthèse des résultats pour le domaine « Infrastructure » -----</u>	143
D.1.2	<u>DOMAINE « INFORMATIONS ET DONNEES » -----</u>	144
D.1.2.1	<u>Dimension « Information des patients sur la maison de santé » -----</u>	144
D.1.2.2	<u>Dimension « Information des patients sur les soins et les problèmes de santé » -----</u>	144
D.1.2.3	<u>Dimension « Documentation destinée aux professionnels » -----</u>	144
D.1.2.4	<u>Dimension « Données cliniques, dossier médical » -----</u>	144
D.1.2.5	<u>Dimension « Communication avec les autres professionnels de santé » -----</u>	146
D.1.2.6	<u>Dimension « Utilisation de l'informatique » -----</u>	146
D.1.2.7	<u>Dimension « Confidentialité » -----</u>	147
D.1.2.8	<u>Synthèse des résultats pour le domaine « Informations et données » -----</u>	148
D.1.3	<u>DOMAINE « QUALITE ET SECURITE » -----</u>	148
D.1.3.1	<u>Dimension « politique d'amélioration de la qualité » -----</u>	148
D.1.3.2	<u>Dimension « Gestion des plaintes » -----</u>	150
D.1.3.3	<u>Dimension « Sécurité du personnel et des patients, hygiène et prévention des infections » -----</u>	150
D.1.3.4	<u>Synthèse des résultats pour le domaine « Qualité et sécurité » -----</u>	151
D.1.4	<u>SYNTHESE DES RESULTATS</u> -----	151
D.1.5	<u>VARIATION DES RESULTATS EN FONCTION DE DIFFERENTS PARAMETRES</u> -----	157
D.1.5.1	<u>Ancienneté des MSP -----</u>	157
D.1.5.2	<u>Effectif des MSP en professionnels de santé -----</u>	158
D.1.5.3	<u>Existence d'un projet médical formalisé avec objectifs d'évaluation -----</u>	159
D.1.5.4	<u>Financement exclusivement privé ou mixte -----</u>	161
D.1.6	<u>COMPARAISON AUX REFERENCES DISPONIBLES</u> -----	162
D.1.7	<u>CIBLES D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS</u> -----	162
D.1.7.1	<u>Dans le domaine « Infrastructure » -----</u>	162
D.1.7.2	<u>Dans le domaine « Informations et données » -----</u>	163
D.1.7.3	<u>Dans le domaine « Qualité et Sécurité » -----</u>	164
D.2	<u>LIMITES DE NOTRE TRAVAIL</u> -----	165
D.2.1	<u>SUR LA CONSTITUTION DE NOTRE GRILLE D'INDICATEURS</u> -----	165
D.2.1.1	<u>EPA -----</u>	165
D.2.2.2	<u>QOF -----</u>	166

D.2.2	<u>OBJECTIVITE, PERTINENCE, FORMULATION DES INDICATEURS SELECTIONNES</u>	168
D.2.2.1	<u>DOMAINE « INFRASTRUCTURE »</u>	168
D.2.2.2	<u>DOMAINE « PERSONNEL »</u> (écarté dans notre outil « thèse »)	170
D.2.2.3	<u>DOMAINE « INFORMATION ET DONNEES »</u>	170
D.2.2.3	<u>DOMAINE « QUALITE ET SECURITE »</u>	173
D.2.3	<u>SUR NOTRE METHODOLOGIE D'EVALUATION</u>	176
D.3	<u>ATOUTS ET PERSPECTIVES</u>	177
D.3.1	<u>POLITIQUE FRANCAISE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS</u>	177
D.3.2	<u>POLITIQUES INTERNATIONALES D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS</u>	178
D.3.3	<u>QUELLE PLACE POUR NOTRE TRAVAIL DANS CE CONTEXTE ?</u>	180
D.3.3.1	<u>ANALYSE DES RECOMMANDATIONS POUR LA CONCEPTION ET L'ORGANISATION DES MSP, PUBLIEES EN 2008</u>	180
D.3.3.2	<u>CONSTRUIRE UN SYSTEME QUALITE DES MSP A PARTIR DE CES RECOMMANDATIONS ET DES OUTILS EXISTANTS?</u>	181
	<u>CONCLUSION</u>	185
	<u>ANNEXE 1</u>	191
	<u>ANNEXE 2</u>	199
	<u>ANNEXE 3</u>	203
	<u>ANNEXE 4</u>	211
	<u>ANNEXE 5</u>	215
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	223
	<u>PLAN DETAILLE</u>	229

RESUME

Vincent GRIFFOND

Thèse soutenue le 8 juin 2010

Contribution à une démarche de développement de la qualité des soins en Maison de Santé Pluridisciplinaire : étude qualitative au moyen d'indicateurs organisationnels et structurels.

Les conditions d'exercice des médecins généralistes évoluent. L'exercice en groupe est privilégié par les jeunes générations. Les pouvoirs publics, pour leur part, espèrent favoriser les modes d'exercice qui tendent à une plus grande coopération entre professions de santé, et répondre à la problématique actuelle de l'accès aux soins et de la structuration de l'offre de soins primaires.

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) s'inscrivent dans ce cadre. Elles correspondent à un concept qui est décrit comme pouvant permettre une plus grande qualité et efficience des soins, mais cherchent d'abord à se définir et à se structurer plus efficacement.

Nous avons traduit et adapté les indicateurs qualité de deux méthodes d'évaluation de la qualité des soins primaires, l'European Practice Assessment et le Quality and Outcomes Framework, en privilégiant les aspects « structure » et « méthodes » (process) de la qualité des soins, reprenant le concept de « gestion de l'exercice médical » (« practice management »). Nous avons appliqué cette méthode en proposant une évaluation de neuf MSP franc-comtoises et bourguignonnes, dans le cadre d'une étude menée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, grâce à une visite sur chaque site, et à la réalisation de questionnaires adressés aux professionnels de santé.

Nos résultats montrent un bon niveau de conception structurelle et d'organisation de l'exercice, notamment dans la gestion des dossiers informatiques des patients. L'évaluation, par ces indicateurs, du niveau de structuration organisationnelle de ces équipes pluridisciplinaires, sur le plan de l'élaboration et de l'application d'une politique qualité, permet de cibler des pistes d'amélioration de la qualité des soins, dont nous avons fait part aux professionnels de santé.

La méthode d'évaluation que nous avons reprise, qui consiste à utiliser des outils d'évaluation développés par et pour les professionnels de santé, dans un objectif formatif et éducationnel, avec élaboration de questionnaires à partir de ces indicateurs validés et par des visites sur site, pourrait également trouver sa place dans un but de labellisation ou d'accréditation.

Mots-clés : Médecine Générale – Maisons de Santé Pluridisciplinaires – Qualité des soins – Assurance qualité – Démarche qualité – Indicateurs qualité.

MeSH : [Health Care Quality, Access, and Evaluation \[N05\]](#)
[Family Practice \[G02.403.776.230\]](#)