

# 23<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL

CNGE COLLEGE ACADEMIQUE



Exercer  
et enseigner  
la médecine  
générale

29 NOV.  
1<sup>ER</sup> DÉC.  
2023

40 ANS  
du  
CNGE

Centre  
des congrès de  
Lyon

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

**Auteurs :** Quentin Dupasquier <sup>1</sup>, Claire Derouet <sup>2</sup>, Pierre De Haas<sup>3</sup>, Etienne Deslandes<sup>4</sup>, Sylvain Fonte<sup>5</sup>, Emmanuelle Fouré-Delorme<sup>6</sup>, Pierre-Luc Meyer<sup>7</sup>, Yoann Martin <sup>8</sup>, Thibaut Menini <sup>9</sup>

<sup>1</sup>Interne de médecine générale, Département de médecine générale de l'université Clermont-Auvergne, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>2</sup>Attachée De Recherche Clinique, Aurillac, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>3</sup>Docteur en médecine générale, Pont d'Ain, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>4</sup>Docteur en médecine générale, Pontaurum, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>5</sup> Masseur-kinésithérapeute, Saint Martin d'Hères, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>6</sup>Infirmière ASALEE et coordinatrice, Ambronay, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>7</sup>Docteur en pharmacie, Pontgibaud, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>8</sup>Docteur en médecine générale, Pontgibaud, Auvergne-Rhône-Alpes, France

<sup>9</sup>Docteur en médecine générale, Pontgibaud, Département de médecine générale de l'université Clermont-Auvergne, Auvergne-Rhône-Alpes, France



**Femas AURA & Co**

Fédération des Maisons de Santé et de  
l'Exercice Coordiné en Auvergne-Rhône-Alpes



Présentateur : Quentin DUPASQUIER

**#CNGE2023**

*Aucun lien d'intérêt à déclarer*

[www.congrescngc.fr](http://www.congrescngc.fr)

## INTRODUCTION :

- Contexte : Evolution des besoins de santé (vieillesse population, ↗ prévalence maladies chroniques) et de l'offre de soin (accentuation des déserts en santé, aspirations nouvelles générations)
    - ↳ Déploiement d'un exercice coordonné s'appuyant sur un travail pluriprofessionnel (MSP, CDS)
  - **Ma santé 2022 (généralisation des CPTS) puis plan d'action de juin 2023 du Ministère de la Santé et de la Prévention de la Santé** -> 4000 MSP d'ici 2027 (vs 2127 dont 1624 signataires des ACI en sept 2022)
- => Evolution des compétences des structures existantes => nouveaux besoins = appui pour tendre vers une qualité des soins
- Disparité entre chaque structure (différences de maturité sur le développement de la coordination et la coopération interprofessionnelle et sur la mise en œuvre d'une démarche qualité)
  - **Démarche qualité** = démarche volontariste et collective : ensemble de méthode, d'outils, d'actions visant à l'amélioration continue des pratiques et des prestations fournies

- Outils existants à disposition des MSP : Matrice de maturité, questionnaires d'évaluation, grilles d'accréditation Enquêtes de satisfaction, projet QualsoPrim, échelle de sécurité des soins (analyse EIAS, modèle RMM)

Mais aucun outil comprenant des **indicateurs de soins identifiés par des équipes de terrain** permettant un **suivi des résultats à l'échelle de la MSP**

- Proposition de la FemasAURA&Co : développer et déployer un outil d'appui à la démarche qualité en MSP
  - co-construit avec les MSP,
  - composé d'indicateurs quantitatifs de moyens et de résultats dans le champ du soin et de la prévention, requêttables dans les bases de l'AM
  - résultats d'équipe comparés aux moyennes régionales des MSP
  - permettant une mesure et un suivi de l'évolution de l'équipe dans le temps
- Hypothèse : la mise à disposition de cet outil permet le soutien de la démarche qualité en MSP
- Objectif : identifier auprès des PDS exerçant en MSP les indicateurs quantitatifs qui leur permettrait d'engager une démarche qualité

## PARTIE I : Identification d'indicateurs quantitatifs par les PDS : étude qualitative par entretien collectif

### METHODE :

- **Etude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés** auprès de **PDS exerçant dans 7 MSP** du Puy-de-Dôme

- **Echantillonnage et modalité de recrutement des MSP :**

Echantillonnage raisonné à variation maximal

Représentatif **diversité** profil MSP: profil du territoire et de la patientèle / taille de l'équipe / configuration du site / ancienneté de la signature des ACI

MSP signataires des ACI avant le 31/12/21

- **Critères d'inclusion des professionnels participants :**

€ MSP recrutées

représentatif **pluridisciplinarité** + participation du coordo

**#CNGE2023**

- **Recueil des données :**

2 enquêteurs (modérateur et observateur)

Dans la salle de réunion MSP

Suivant guide entretien actualisé

Enregistrement sur dictaphone

Retranscription fonction dictée logiciel Word +anonymisation

- **Analyse des données :**

Par triangulation

Suivant une méthode inductive générale par thématisation

Double codage – mise en commun livre de code et résultat

codage

Logiciel QSR Nvivo 13

# 23<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.  
1<sup>ER</sup> DÉC.  
2023

40 ANS du CNGE

Centre des congrès de Lyon

## RESULTATS PRINCIPAUX :

## 151 indicateurs répartis en 20 thématiques

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

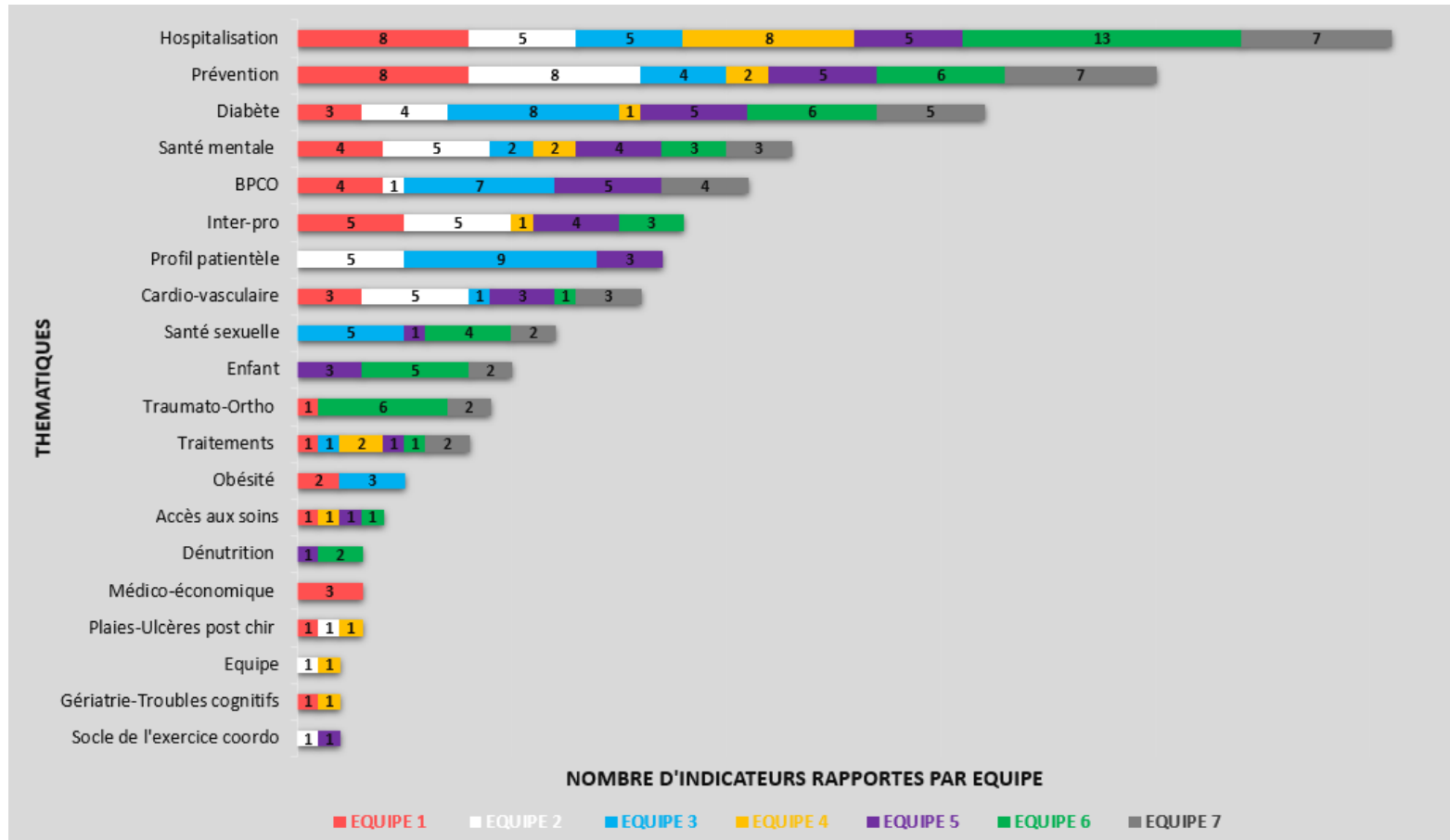
Tableau 1 - Caractéristique des MSP participantes

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

QPV : Quartier Prioritaire de la politique de la Ville

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

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



## PARTIE II : Sélection des indicateurs par méthode de consensus Delphi

### METHODE :

Méthode Delphi -> démarche validée s'appuyant sur des convergences d'opinions d'experts et l'établissement d'un consensus

Panel d'expert -> 7 PDS du collectif recherche de la FemasAURA&Co expérimentés dans l'exercice pluriprofessionnel et ayant une appétence et compétences dans le milieu de la recherche

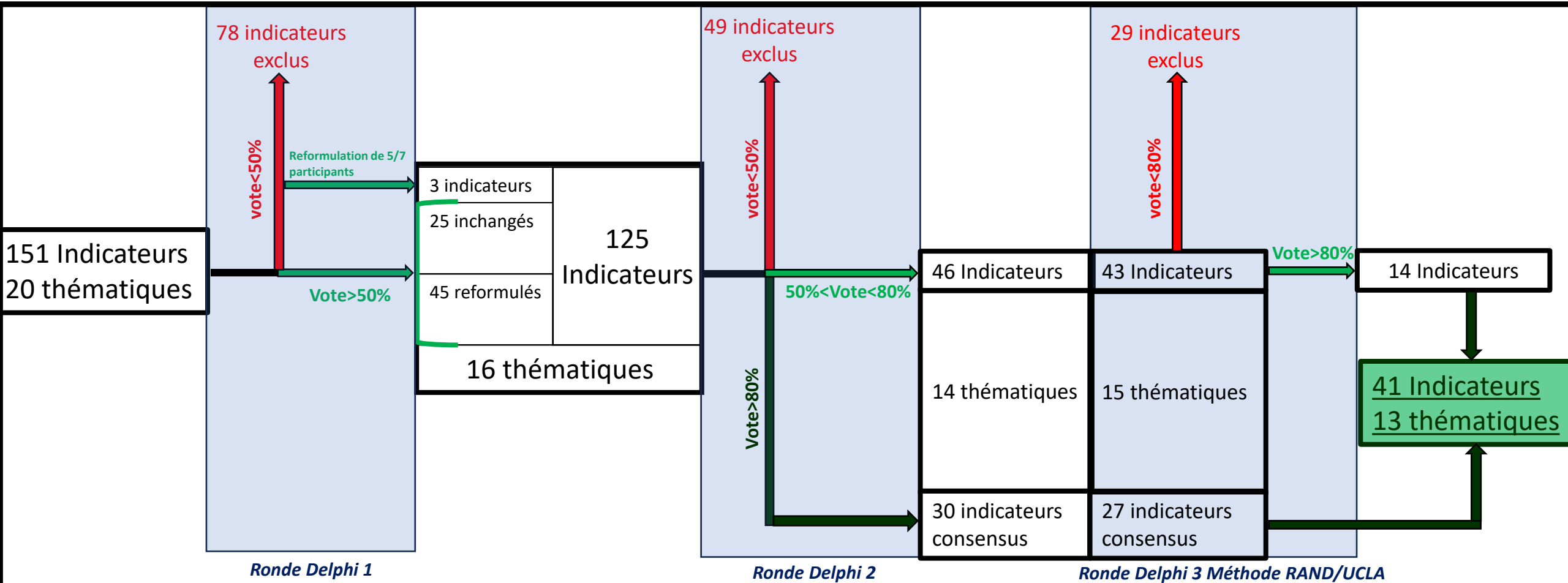
Trois rondes Delphi :

- 1<sup>e</sup> ronde distanciel : vote en ligne application Google Form : Pertinence et possibilités de requêtes dans les bases de l'AM - Reformulation
- 2<sup>e</sup> ronde distanciel : vote en ligne application Google Form : Sonder participants sur les reformulations, réduire nombre d'indicateurs
- 3<sup>e</sup> ronde présentielle d'inspiration RAND/UCLA : Redéfinition jusqu'à consensus puis vote anonyme application Google Form

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

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants du groupe Delphi

## RESULTATS :



# 23<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.  
1<sup>ER</sup> DÉC.  
2023

40 ANS du CNGE

Centre des congrès de Lyon

Thèmes	Liste des Indicateurs retenus	Thèmes	Liste des Indicateurs retenus	Thèmes	Liste des Indicateurs retenus
1/ BPCO	1/ Taux de consommation de BDCA chez les patients consommateurs (En nombre de flacons délivrés)	4/ HOSPITALISATION	15/ Taux de réhospitalisation moins d'un mois après la sortie d'hôpital tous motifs confondus	9/ PROFIL PATIENTELE	29/ Taux de patientes ayant bénéficiées d'une rééducation périnéale après une grossesse par SF ou MK
	2/ Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque		16/ Taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois suivant une première hospitalisation pour ce motif		30/ Taux de délivrance du vaccin DTP dans la patientèle sur les 20 dernières années
2/ CARDIO-VASCULAIRE	3/ Surveillance infirmière chez le patient insuffisant cardiaque		17/ Taux de patients ayant une insuffisance cardiaque ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation cardiaque		31/ Taux de délivrance du vaccin de la grippe dans la patientèle
	4/ Délai de visite (MG/IDEL) après sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque		18/ Taux de patients ayant une BPCO ayant été hospitalisés dans l'année pour décompensation de BPCO	32/ Nombre de patients sans médecin traitant à l'échelle d'un territoire	
3/ DIABETE	5/ Taux de patients de plus de 65ans sous metformine ayant eu au moins une mesure dans l'année du débit de filtration glomérulaire	19/ Taux de patient de plus de 70ans ayant été hospitalisés dans l'année pour motif de chute	33/ Volume de la patientèle traitante par MSP		
	6/ Le taux de recours au podologue chez les patients diabétiques	5/ INTERPROFES-SIONNEL	10/ SANTE MENTALE	34/ Durée de traitement par benzodiazépine	
	7/ Taux de patients diabétiques ayant eu au moins un dépistage de la rétinopathie diabétique dans les deux dernières années	6/ MEDICO-ECONOMIQUE		20/ Taux de patients qui ont eu au moins une consultation MG, MK, IDEL dans le mois après un retour d'hospitalisation	35/ Taux de patients n'ayant pas d'ALD pour maladie psychiatrique ayant eu une prescription de benzodiazépine de plus de 12semaines
	8/ Taux de patients diabétiques ayant été vaccinés contre le pneumocoque	7/ PLAIES	21/ Coût médian de la consommation médicamenteuse par patient	11/ TRAITEMENTS	36/ Taux de rupture de délivrance des traitements au long cours
	9/ Nombre de diabétiques ayant eu un ECG depuis moins 2 ans		22/ Coût médian/moyen en prescription de biologie par patient par rapport à la moyenne régionale		12/ TRAUMATO-ORTHO
	10/ Taux de patients diabétiques ayant eu au moins une mesure du débit de filtration glomérulaire dans l'année	8/ PREVENTION	23/ Durée moyenne des soins infirmiers de pansements d'ulcères	13/ AUTRES	
11/ Taux d'hospitalisation des patients de plus 80ans	24 / Taux de patient parmi la population cible (+65ans ou ALD ?) ayant bénéficiés d'un bilan de médication		25 / Taux de patients sous AVK ou AOD ou ayant eu un asthme ayant un entretien thérapeutique		39/ Taux de patients pris en charge en masso-kinésithérapie après AVC
	12/ Taux de passage aux urgences pour maintien à domicile difficile		26/ Taux de patientes de 25-30ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 3 dernières années		40/ Taux de diabétiques et d'insuffisants rénaux chroniques ayant eu un dosage du DFG et de la microalbuminurie depuis moins de 18 mois
	13/ Taux de recours spontané aux urgences non précédé d'une consultation chez le médecin généraliste		27/ Taux de patientes de 30-65ans ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 5 dernières années		41/ Nombre de patients sous AOD ayant au moins eu un dosage de la fonction rénale dans l'année
	14/ Taux de patients adultes ayant eu recours aux urgences au moins une fois dans l'année, non associé à une consultation avec le MG le jour même	28/ Taux de patients de 11 à 19ans ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV dans votre patientèle			



## DISCUSSION :

- Indicateurs recouvrant un champ de l'exercice des soins primaires et intégrant une dimension pluriprofessionnelle susceptible de répondre à des besoins d'équipe
- Requêtes dans les SIP difficilement envisageable actuellement (différence de logiciel utilisé d'une équipe à l'autre, absence de méthode homogène dans codage des actes)

D'où le recours aux bases de l'AM : données issues des remboursements des soins du secteur libéral

- ❖ Actes facturés à l'AM en majorité par médecins, IDEL, kinésithérapeutes => données liées à l'activité médicale de la structure non représentatif de l'équipe
- ❖ Données requêtées sur patientèle « médecin traitant » ≠ patientèle des autres professions de l'équipe  
= sentiment de frustration durant les entretiens

**Vers la notion « d'équipe traitante » ? (AVECSanté)**

## FORCES

- Absence d'outils exploitant des données de santé rapportées à l'échelle de l'équipe identifiées par les équipes de terrain elles-mêmes
- Conception par collectif recherche de la FemasAURA&Co : connaissance des réalités et besoins de terrain
  - Meilleure appropriation de l'outil?
- Rigueur de la méthode qualitative (critères de scientificité validés par grille COREQ)
- Chaque étape du processus de recherche consigné dans un journal de bord

## LIMITES

- Respect du critère de pluridisciplinarité mais sur-représentativité des généralistes ?
  - 36 % des 44 participants aux entretiens
  - 4 / 7 participants au Delphi

## / Autres outils

- Plus accessible que la matrice de maturité

- Qualité des soins = sécurité des soins  
Ne prend pas en compte analyse-gestion des EIAS / RMM
- N'intègre pas la qualité ressentie par le patient (PROMs/PREMs)

## PERSPECTIVES / CONCLUSION :

- Données de santé insuffisamment exploitées à ce jour -> manque à gagner pour les MSP engagées dans une démarche qualité
- L'outil s'appuie sur les données des bases de l'AM mais ne couvre qu'une partie des besoins des MSP
- Certaines des données sollicitées par les équipes : non requêtables dans les bases de l'AM alors que consignées dans leur propre SIP
- Incapacité des logiciels à communiquer les uns avec les autres ou avec services santé publique  
**=> Projet Plateform for Data in Primary care (P4DP)**
- Partenariat de la FemasAURA&Co avec la CPAM => opportunité d'une révision des indicateurs, adaptés aux possibilités de requêtes, et en collaboration avec la DCGDR
- Test de l'outil pilote au sein de MSP ayant participé à son élaboration + MSP naïves => Version ajustée en fonction des retours évaluée à l'échelle régionale