



Rapport final de l'expérimentation Démarche Qualité et Auto évaluation en centres et maisons de santé en Ile de France



Sommaire :

Rappel Historique

Présentation du projet

Un déroulé progressif

Les 1ers enseignements tirés

Le suivi et l'évolution des équipes

Les questions qui ressortent et qui restent posées

En conclusion (à ce stade)

En annexe :

- Le tableau de suivi des équipes
- La bibliographie
- La liste des participants
- Les conventions ARS / FNCS -Fémasif



Rappel Historique :

La question de la « Démarche Qualité » au sein des Centres de Santé (CDS) et des Maisons de Santé (MSP) s'inscrit petit à petit et logiquement dans les préoccupations de la FNCS et la Fémasif. La recherche d'une compréhension commune de ce qu'est la Qualité de l'offre de soins et de santé dans le cadre de l'exercice collectif pluri-professionnel devient un enjeu important. Au-delà de l'évidence pour ~~que~~ tous - professionnels, institutions et usagers- cherchent surtout comment elle se construit dans un exercice regroupé. Cette recherche n'est pas nouvelle puisqu'à l'initiative de la HAS (2012), en partenariat avec la FNCS et la FFMPs, un groupe de travail, a élaboré la Matrice de Maturité (MM) afin d'aider les professionnels à s'emparer de cette thématique, de manière plus formalisée.

✓ Pour la Fémasif

Dans plusieurs régions de France à l'initiative de la FFMPs une action de construction d'une démarche Qualité, financée par la CNAM, s'est construite selon une procédure dite « Facilitation de niveau 2 » dans la logique du développement du concept de facilitation. Et ce, quand des professionnels impliqués dans la construction des MSP viennent accompagner une équipe « novice » à porter le projet de MSP. La procédure reposait sur la formation d'acteurs de la qualité qui ensuite interviennent au sein de la MSP pour accompagner l'équipe dans la mise en œuvre de la démarche qualité. Au même moment, dans la région des Pays de la Loire, la fédération APMSL, membre de la FFMPs, construisait des outils spécifiques pour aider les équipes à s'engager dans la démarche qualité.

En Île-de-France la Fémasif avait présenté à l'ARS, en 2015, un projet d'accompagnement des équipes qui poursuivait le même objectif, en appui sur une formation/action à la démarche qualité auprès un binôme au sein de la MSP afin que ces professionnels deviennent les référents qualité au sein de la structure.

Après discussion au sein de la FFMPs, il fut décidé de faire cohabiter ces différentes approches afin de comparer les avantages et inconvénients de chacune au terme de l'expérimentation.

✓ Pour la FNCS

Elle est engagée sur les questions d'évaluation de la qualité et la sécurité des soins depuis plusieurs années.

- En 2007, un premier guide d'évaluation des centres de santé avait été élaboré avec la HAS. Les équipes de certains centres de santé s'appuient sur cet outil pour construire leur projet de santé.
- En 2012, elle a participé au groupe de travail initié par la HAS mobilisé pour l'élaboration de la matrice de maturité du travail en équipe de soins primaires.
- En 2016-2017, en partenariat avec la Fémasif et l'ARS IdF, elle s'engage dans une expérimentation pour tester la matrice de maturité dans les équipes de soins primaires dans une démarche d'auto-évaluation.
- En parallèle, elle s'engage dans un partenariat avec l'Omedit, la Staraq et le Cepias pour l'élaboration d'une grille d'auto-évaluation de la qualité et de la sécurité des soins en centre



de santé, prenant en compte les risques généraux, médicamenteux et infectieux.

- Enfin, en partenariat avec l'ARS IdF et l'EHESP, elle travaille à la mise en place d'une formation des coordinateurs en centre de santé qui est en cours actuellement.

Présentation du projet:

- Le travail concerté en 2012 entre la HAS, la FNCS et autres contributeurs a débouché sur des outils d'appui aux processus d'autoévaluation dans les centres et maisons de santé¹.
- Sa mise en œuvre en Ile de France, pilotée par l'ARS, s'est concrétisée par une convention ARS IDF/ FNCS/FémasIF.
- Ces derniers ont choisi Fédéforma² comme prestataire et un accompagnateur qualitatif³.
- Le projet d'appui en question, a été construit dans ses grandes lignes, en 3 temps :
 - o Un séminaire de lancement (janvier 2017),
 - o Un processus de travaux au sein et entre équipes tout au long (facilitations par mail, téléphone et visites sur site), de 2017 à juin 2018,
 - o Des temps et formes de valorisations au terme du projet arrêté (publications, séminaires de restitutions et autres).
- Un comité de pilotage, un comité technique⁴ et des échanges formalisés ont été définis pour l'appui et le suivi.

D'emblée, les porteurs de ce projet ont explicité **des postulats et hypothèses de travail** :

- Ne rien imposer aux équipes mais plutôt gagner leur adhésion à cette démarche,
- Appuyer celles qui sont déjà engagées dans leurs propres efforts de pratiques (d'autoévaluation et d'amélioration de la qualité des services rendus à leurs patients et de leurs conditions de travail),
- Plaider en faveur de l'appui sur la Matrice de Maturité, en tant qu'outil d'inspiration et non de cadre rigide et imposé,
- Ne pas rajouter à travers ce projet des tâches à des équipes déjà surchargées mais plutôt leur faciliter la prise en compte de ces apports.

Les intitulés ont varié : Auto-évaluation et démarche qualité, Autoévaluation et Qualité en soins de santé primaire, Démarche qualité et d'auto-évaluation dans les maisons et centres de santé IdF. C'est cette dernière que nous avons adoptée lors d'un comité technique (Cotech).

Un premier échange (13/12/2016), puis un premier Cotech (16/01/2017) ont convenu et précisé **l'esprit et la démarche**, outre les objectifs retenus.

¹Compte rendu de la réunion du comité de pilotage (30 01 2017)
9 rue saint Bruno, 75018 Paris

Présents :

Béatrice Sevadjan, ARS IdF Pole ambulatoire

Pierre Yves Louboutin, ARS IdF Pole ambulatoire

Richard Lopez, président FNCS

Didier Ménard, président FémasIF

Omar Brixi, Médecin enseignant et consultant en Santé Publique, qualitatif du projet

Anne Guilberteaud, coordinatrice FémasIF



Un déroulé progressif :

Des organes de suivi :

Un Copil :

1^{ère} réunion : Copil du 30 janvier 2017 lançant le projet, au siège de la FemasIF.

Une 2^{ème} réunion : prévue le 21 septembre 2017 entre 14-17h, associant les référents du projet, à Montreuil, siège FNCS. ARS non disponible.

Un engagement : un Mémo (très bref) tous les trimestres accompagnés d'un Tableau descriptif de suivi du travail des équipes.

Un Cotech (comité technique de suivi) : réunions régulières dont 16/01/2017, Am à Saint Denis, débriefing à l'issue du premier séminaire du 31/01, 27/03, matin à mairie de Saint Denis 22/06 Am à Montreuil, 18/09 matin à la salle Saint Bruno et 13/11 matin à Montreuil, les 10/01/2018, 28/03/2018 et 15 mai 2018 à la SSB également.

Des modalités de mobilisation et de travail :

Des Séminaires

- ⇒ 1^{er} séminaire le 31/01/2017 à Malakoff
- ⇒ 2^{ème} séminaire le 28/09/2017, 13h à 18h à Salle Saint Bruno
- ⇒ 3^{ème} séminaire le 21 /12/ 2017 13h à 18h à Montreuil
- ⇒ 4^{ème} séminaire le 18 janvier 2018 à SSB
- ⇒ 5^{ème} séminaire le 12 juin à SSB

Des équipes contactées puis associées :

4 maisons de santé ont répondu à un appel à candidature.

4 centres de santé ont été choisis sur la base de critères de diversité et de disponibilité.

Chaque structure a désigné deux référents qualité dans leur équipe.

Ces référents ont pour mission d'animer en interne l'appropriation et l'utilisation adaptée du référentiel et des outils qui l'accompagnent⁵.

Des modalités de suivi à travers la désignation de facilitateurs :

2 séances de rattrapage pour les équipes absentes lors 1^{er} séminaire (Ivry), des visites de sites et réunions sur place : CM Cramif et à Ivry, 2 à Sucy, 6 à Ramey, 1 à Corbeil, 2 à Paray Vieille Poste, des conférences téléphoniques...).

Des productions des équipes :

Pour exemple, le tableau des groupes de travail 2017 de l'association HYGIE, lieu où se pensent collectivement les pratiques qui sont ensuite mises en pratique au sein de la MSP DE PARAY VIEILLE POSTE.

Un témoignage « *Après réunion auprès de notre équipe, une des problématiques a été modifiée. Pour la majorité de l'équipe, le thème dynamique d'équipe s'est avéré plus important. Ci joint le*

⁵ Confère dernière version du Tableau de suivi, partie descriptive et partie analytique.



fruit de nos premières notes. Merci de nous faire part de vos avis / remarques ...

Au PSP Ramey :

Concernant la problématique N°1 : Auriez-vous d'autres sources bibliographiques à nous soumettre quant au cadre législatif s'appliquant au partage des données patients ? Concernant la problématique N°2 : Nous serions à la recherche d'une tierce personne pour intervenir afin de procéder à des entretiens individuels et ainsi nous aider à étudier les failles dans notre dynamique d'équipe, auriez-vous un type de personne à nous recommander (psychologue du travail, cabinet d'audit, agence de communication type team building ?). La date du 27/04 sur la pause déjeuner nous conviendrait bien pour échanger. Message d'Émilie Trang 6 avril 2017 PSP Ramey. »

*Les accompagnements se mettent en place et s'organisent. Le tableau de suivi, ci-joint, en décrit les caractéristiques et les 1^{ers} éléments d'analyse : les problématiques sur lesquelles travaillent ou veulent travailler ne sont ni entièrement définies ni délimitées. Mais l'esprit est là : projet de service, de santé et dynamiques d'équipe d'une part, système d'information et modalités relationnelles avec les patients d'autre part.

1. Un effort d'analyse constant

- ⇒ La jonction avec les 8 équipes se poursuit pour une stabilité des engagements des référents et de quelques membres des équipes. Elle est laborieuse car nous sommes dans les réalités d'équipes à l'épreuve de leurs contextes.
- ⇒ La qualité est un souci partagé, plus ou moins travaillé selon les structures et les équipes. Les compréhensions sont multiples et un peu « floues ». Le recul des défiances habituelles est en bonne voie (vis-à-vis des autorités, des intervenants externes, comme des modèles et surtout de perspectives peu évidentes).
- ⇒ L'autoévaluation est une réalité. Informelle ou explicite et organisée, les équipes ne nous ont pas attendus. C'est la formulation écrite et la conceptualisation à partir des pratiques qui restent à gagner.
- ⇒ Les équipes comprennent que l'exercice dans des cadres collectifs et les soins de santé primaires sont « dans le vent » et qu'il y a des opportunités à saisir malgré les « rancœurs et les peurs »,
 - ⇒ Des questions à prendre en compte et à gérer :
 - La contrainte de temps, pour tous, versus la temporalité longue des projets
 - Les logiques spécifiques de chaque cadre d'exercice (CMS, Asso, entreprise activité libérales, salariat/ rémunération à l'acte, subventions ...)
 - Le travail en « équipe », ou en exercice collectif (outils communs, secrétariat, SI, Dossiers patients, temps communs d'échanges, de régulation.) et dynamiques d'équipes,
 - Les référentiels et sources d'informations et de formation continue
 - Les sentiments « sécurité/insécurité » (emploi, usagers, contextes, institutions),
 - Les intérêts communs : subventions, rapports aux institutions, l'attachement aux métiers, les gratifications...,
 - Les redevabilités vis-à-vis des patients et des payeurs.

2. Un questionnaire, des questions

- Le temps
- La question de moyens
- La rémunération à l'acte
- Les sources de financements



- Les modes d'organisation
- Les dynamiques d'équipes
- Les pratiques de soins

3. Des enseignements ouverts

- Pas un projet en plus ou comme une aubaine, mais un effort de jonction
- Pas d'argument d'autorité ou de démarche imposée
- Moins de concurrence, plus de coopération

4. Des appuis et développements

- Le travail fait avec la HAS
- L'appui et le suivi de l'ARS IDF
- Le travail en commun entre les 2 Fédé
- L'apport de Fedé Forma
- La place et le rôle du qualitatif
- Le et les outils
- La bibliographie
- Les bénéfices du travail en réseau

Les 1ers enseignements tirés :

1. L'impulsion du projet

Le mode de fonctionnement collégial qui a été mis en place ralentit la réactivité. Il est, cependant, le garant du projet et des synergies recherchées. L'effort d'associer les autres membres des CA des 2 fédérations est, au-delà des individualités motrices, une condition de la pérennité.

2. Le recrutement des équipes

La question des financements, et de **financements pérennes**, est une préoccupation prégnante et commune. Il est à craindre que les collectivités territoriales gestionnaires des CDS, ne puissent supporter encore les déficits structurels.

L'autre préoccupation, tout aussi constante et lancinante est celle du **temps**. Le mode de rémunération, finalement commun aux 2 types de structures, est une contrainte forte, voire une entrave au fonctionnement en équipe et à la diversification des tâches et activités et donc à la qualité première. Certes, les allocations forfaitaires montent en charge pour ces structures mais leurs faibles visibilités et proportion ne sont pas en mesure d'infléchir les pratiques liées à l'acte.

Les équipes des maisons de santé semblent plus en demande d'exercice collectif. L'entraînement de celles des CDS nécessitant plus d'effort.

- Est-ce à dire que la « qualité » est d'autant recherchée que les patients disposent du choix de leur médecin et structure ?
- Est-ce lié au mode de recrutement à ce projet ? Le fonctionnement en équipe dépend des individualités qui managent, ainsi que du niveau d'explicitation, d'élaboration et d'adhésion des et aux projets.

3. Le séminaire de lancement

Rassurant et motivant pour celles et ceux qui y ont participé, car la démarche qualité a été présentée comme un levier et non comme une norme. Mais, avec le recul, on peut se demander s'il n'est pas intervenu trop tôt, ou trop court. Le projet gagnerait en impact à multiplier ces



jours.

4. L'accompagnement

Réalisé par les porteurs du projet, il se révèle utile et pratiquement indispensable si l'on veut gagner patiemment une véritable et durable adhésion à une démarche de qualité consentie et assumée.

5. Les équipes contactées et plus ou moins associées

Dire qu'on associe, à ce stade, des équipes ou des représentants dûment mandatées ou moteurs reconnus par leurs pairs, serait trop au-delà du réel. On en est encore à l'effort de jonction. Pour dire vrai, les dynamiques observées sont antérieures à cet effort pour certains ou restent à gagner pour les autres. Là où un projet et un ou des collectifs, ou mieux une équipe existent, cela est plus le fait d'individualités, de leaders qui pensent leurs pratiques qu'un d'un mouvement d'ensemble.

6. Les aspects de qualité tels qu'évoqués

Outils, SI, référentiels, services, rapports aux patients : tous ces supports sont évoqués dans les discours, consignés dans des écrits, plus ou moins en place mais les conditions structurelles (modes d'organisation, de financement, volonté dans les actes et la durée), pratiques qui sont à développer. En somme, une autre culture à gagner, ou conforter.

Le suivi et l'évolution des équipes :

⇒ Qu'en dire ?

Pour en cerner l'essentiel, nous nous centrerons sur quelques éléments tels qu'ils ressortent de nos échanges lors des suivis et regroupements.

Les différentes annexes, jointes à ce document synthétique, précisent et détaillent ces points⁶.

La jonction et l'entraînement d'équipes ont été laborieux et ne sont pas encore gagnés.

Après une première phase d'appel à candidature et de nombreuses réponses, tant du côté des centres de santé que des maisons de santé, le résultat des choix opérés est intéressant à regarder (annexe n° 2), même si des réajustements sont intervenus au fur et à mesure de la vie des équipes. Dans tous les cas la diversité des structures et des équipes ressort assez bien. Si la jonction avec les équipes aura été et est aussi laborieuse, c'est que nous sommes d'une part face à des mouvements habituels (turnover, départs, congés ...) et d'autre part dans une conjoncture d'instabilités à tous niveaux mettant les équipes à l'épreuve.

De plus si nous avons pu entrer en contact avec des responsables ou avec 1 à 2 professionnels/structure, appelés *Référents*, il est important d'observer le degré de jonction entre ces derniers et les équipes. En effet, il apparaît des méthodologies de projet et des modes de management très différents selon la taille, le mode de gestion et l'ancienneté de la structure. Pour exemple, on distingue les expériences des maisons de santé ou de La place santé, CDS associatif, et celles des centres municipaux de santé ou du centre de santé géré par la CRAMIF. Le partage d'expériences et de méthodes a été très apprécié par ces équipes.

Le choix des thématiques de travail

Les thématiques envisagées lors du 1^{er} séminaire à partir des axes de la Matrice vont du « projet de

⁶ Annexes 1 2 3 Présentation du projet, des 8 équipes et quelques éléments bibliographiques



santé, projet de service, à la dynamique et travail en équipe, au système d'information, aux rapports aux patients, jusqu'aux protocoles et référentiels de soins... ».

Invités à en choisir 2 parmi celles-ci et surtout en concertation avec les équipes, les référents ont réagi de manière différente selon les dynamiques d'équipe existantes. Cela va de leurs propres centres d'intérêts à une consultation organisée en équipes. Comme à la MSP de Ramey « *après réunion auprès de notre équipe, une des problématiques a été modifiée. Pour la majorité de l'équipe, le thème dynamique d'équipe s'est avéré plus important. ...* », ou à la Place santé, pour qui « *le séminaire du 30 juin aura été fructueux et surtout révélateur. Finalement, c'est l'accueil et la salle d'attente qui sont ressortis* ».

Dans tous les cas, les choix opérés et non encore stabilisés pour toutes les équipes s'inspirent des différents axes de la MM tout en étant centrés sur les préoccupations et priorités antérieures et actuelles des équipes. On doit même relever une appropriation « autre ou complémentaire » de la démarche, comme par exemple pour la MS de Paray Vieille Poste qui insiste sur les liens entre l'approche pluri professionnelle pour la qualité de travail de l'équipe et la prise en charge des patients. Un autre axe, avec d'autres indicateurs, à rajouter à ceux évoqués dans la MM ?

Le rapport à l'outil Matrice de Maturité nécessite encore des efforts.

Nous nous sommes appuyés sur certains passages de présentation par la HAS de cet outil pour gagner à son appropriation plus sur le fond (la notion de qualité et d'auto évaluation) que sur ses développements méthodologiques, ou ses présupposés théoriques. Nous avons, surtout insisté sur l'option affichée d'opérationnalité : simplicité, amélioration, valorisation.

« La HAS propose de développer une matrice de maturité avec les professionnels de santé. Il doit s'agir d'un outil simple et opérationnel pour les équipes de terrain qui leur permette d'améliorer au fur et à mesure leur organisation pour une prise en charge de qualité, globale et coordonnée des patients et de la valoriser, le cas échéant, vis-à-vis de leur patientèle et des décideurs »⁷.

Il est intéressant de noter que les équipes ont d'abord analysé leur organisation au regard de la matrice (parfois seulement les référents, parfois les équipes entières) puis ont exploré des champs au-delà de la matrice.

Faut-il y revenir de manière plus systématique, en s'appuyant sur les grilles qui les accompagnent ou considérer ces différents modes d'appropriations comme une démarche vivante, spécifique et propre à chaque équipe et à son histoire ?

La notion de **qualité** reste à vérifier sur le fond, sur la démarche et le vocabulaire pour chacune des parties.

Nous avons, d'une part, veillé à ne pas conforter les défiances habituelles vis-à-vis de ce genre de concepts et surtout vis-à-vis des institutions quand elles le portent.

Et dans le même temps, nous nous sommes attachés à démystifier les constructions théoriques quand elles sont élaborées loin du réel et sans ses acteurs. Ce qui ne veut pas dire, un manque d'attentions ou une sous-estimation de l'effort théorique.

Une de nos propositions ramasse et présente cette notion, objet de tant d'écrits et publications, sous sa forme la plus pratique et la plus abordable :

⁷ Extrait de « Matrices de maturité en soins primaires. Note de synthèse. Date de validation par le collègue : décembre 2012



« La qualité, ce n'est pas l'Everest !

Ce n'est pas faire plus, ou faire comme, mais faire mieux ». Pour ses patients, pour ses collègues et pour soi, dans une sorte de tension permanente.

Au mieux, cela veut dire, savoir construire des compromis d'intérêts entre bénéficiaires et prestataires, entre services rendus et conditions de leurs réalisations, entre le nécessaire, l'utile et les possibles. Tant la qualité doit s'apprécier dans ses dimensions à la fois objectives (le pouvoir) que subjectives (le vouloir).

Il est évident qu'avec une telle approche, on est loin des approches des constructions théoriques et normalisantes, qui à un moment, peuvent nous faire perdre de vue le sens et le domaine de nos activités.

Par contre, si la qualité est un souci partagé, plus ou moins travaillé selon les structures et les équipes, les compréhensions sont multiples et par moment un peu « floues », dans leur acception/appropriation positive. Tout en s'obligeant à décliner cette tension vers plus de qualité en termes concrets comme par exemple la qualité de l'accueil ou de la relation clinique.

Un résultat intéressant à probablement valoriser dans ce projet, ce serait une définition commune, partagée, de la qualité et de l'auto évaluation, fusse-t-elle provisoire, datée ?

La place de l'évaluation dans la démarche qualité

L'évaluation est une technique de choix pour recueillir des informations, interroger et surtout faire évoluer des pratiques, une organisation ou un projet. Différentes méthodes et approches de l'évaluation sont aujourd'hui répertoriées, mieux maîtrisées et mises en pratique. Parmi celles-ci, l'évaluation pratiquée par les opérateurs eux-mêmes, dite Auto évaluation, permet aux porteurs même du projet, de la structures ou praticiens, de se livrer à cet exercice. Avec ou sans apports externes, cette démarche suppose une volonté, des compétences et des mécanismes. Elle présente l'intérêt de faciliter la mise en œuvre du plan d'amélioration dans la mesure où les acteurs eux même font leur propre analyse et participe à la proposition de mesures correctives. C'est cette approche d'Auto évaluation qui a été choisie dans le cadre de la démarche qualité. D'où l'intitulé et la caractéristique du projet en cours en IDF.

Les questions qui ressortent et qui restent posées

Le temps :

C'est la 1^{ère} préoccupation, la plus récurrente. Elle réfère à la durée des consultations (consentie, pratiquée...) Et aux temps disponibles pour des tâches en commun (accueil, secrétariat, système d'information, coordination, réunions, et autres ...).

Cette contrainte découle des normes fixées (15 mn/consultation), elles-mêmes dictées par la *rémunération à l'acte pour les soins, la non reconnaissance des temps communs et tâches indirectes*

« Si je consacre 15 mn par patient ou un peu plus pour certains, je ne tiens pas face à la demande et mes journées se rallongent. Nous sommes comme pris dans étau : moins de temps car moins d'effectifs et plus de demandes et de tâches, et de problématiques difficiles aux plan médical et social ». En l'état, et sans financement complémentaire, cette contrainte rend complexe à envisager la mise en place de processus d'auto-évaluation en interne en routine et hors d'un contexte d'équipes particulièrement engagées et prêtes pour cela à investir du temps personnel hors des horaires de service ou/et en capacité d'aller chercher des subventions sur projets (ce qui



est moins certainement moins évident pour les structures municipales ou les MSP).

Les sources et modes de financements :

Les financements proviennent de 2 sources : les remboursements des actes reconnus par l'assurance maladie, et les subventions, elles-mêmes provenant des Villes, de l'État et de l'Assurance maladie.

S'il y a une évolution indéniable dans ce financement mixte et les proportions de chacune de ces deux sources, la prééminence du paiement à l'acte et tel qu'il est tarifé pose de sérieuses limites à l'exercice collectif. Tous les actes et toutes les tâches ne sont pas remboursés.

Ces modes de financements, de plus en plus contraints et aux lendemains incertains, ne sont-ils pas à la base des contraintes de temps et un obstacle à l'effort qualitatif ?

Les dynamiques d'équipes :

Les centres de santé comme les maisons de santé sont des lieux où l'exercice collectif et coordonné est la principale caractéristique outre l'unité de lieu. Sans oublier que le pivot est le projet de santé et que le « collectif » ou « l'équipe » sont des modalités variables selon le nombre, l'organisation etc. ...

Mais derrière cette catégorisation, les réalités sont plus nuancées :

- Autant des professionnels se choisissent, au moins au départ, pour se constituer en maisons de santé, autant les équipes en centres de santé se sont constituées par recrutements successifs. Encore que pour les plus récemment constituées, certains professionnels de centres de santé récents et associatifs se sont choisis ou se sont regroupés autour d'un projet de santé spécifique auquel la pratique quotidienne fait référence (ex : place santé, case santé, de nouveaux cds à Marseille). La différence ne serait-elle pas entre les plus anciennes et les nouvelles structures, le type de gestionnaire et la taille de la structure ?
- Autant ces équipes en centres de santé sont organisées et administrées selon des règles établies (administratives, statuts ...), autant les relations au sein des équipes en maisons de santé sont diverses et variables (?)
- S'il y a différentes modes de constitution des équipes et de types de relations entre ses membres, il y a surtout des fonctionnements, des rapports et des régulations aussi variées que multiples. Est-ce cela qu'on entend par dynamique d'équipes ?
- Mobilités, conflits, solidarités, concurrences, sont autant de vécus et de variantes.

Autant nous avons noté certaines de ces manifestations dans la vie des équipes, autant nous n'avons encore pu en débattre, alors que les thématiques autour des dynamiques d'équipe ont souvent, voire toujours, été abordées et impactées par la mise en œuvre de cette démarche. Cela est important et à prendre en compte.

Les modes d'organisation ainsi que les pratiques de soins ressortent peu, sinon après sollicitations :

Nous avons été frappés par le peu de références explicites aux pratiques de soins, sauf à la MPS de Paray où celles-ci sont « pensées ».

La question de l'organisation au sens précis de postes de travail, fonctions, répartition des tâches a été abordée lors du premier séminaire et des échanges qui ont suivi, et a continué à être abordée au fil des échanges, notamment à Ramey, Paray et ailleurs. A souligner la dynamique et le travail réalisé autour de la fonction accueil au sein de la Place Santé.

Rappelons que la présentation de la MM réfère clairement à l'aspect organisationnel : « il s'agit d'un outil pour une démarche qualité itérative – dessinant une organisation optimale mise en



place très progressivement, étape par étape, sur plusieurs années – et non d'un outil figé ou en soi. Ou un outil d'évaluation externe pour une labellisation ou l'obtention de financements.

Les rapports aux patients :

La MM aborde cette question dans une optique assez unilatérale et classique (informer, éduquer). Les équipes de la Place Santé, celle d'Ivry ont pourtant tenté un autre rapport.

Les tendances à la sur et sous médicalisation ne peuvent être ignorées ni sous estimées :

Rappelons brièvement que nous entendons par ces deux phénomènes ou tendances qui consistent à proposer, ou à prescrire

- Des réponses médicales là où se posent des questions d'ordre social, psychologique ou sociétal,
- Des réponses médicales inappropriées avec trop d'exams, de prescriptions et d'interventions, là où une progression et une prudence auront permis d'en faire moins.
- Et de ce fait, des surdiagnostics et des surtraitements avec leurs conséquences sur les personnes et sur le plan économique. Sur et sous médicalisations sont les revers de la même médaille. Ce qui est dépensé de trop pour certains, n'est plus disponibles pour d'autres. L'une sature, l'autre prive.
- Des données multiples (statistiques, études) ont montré l'ampleur et les conséquences.
- Les équipes impliquées dans les tâches médico-sociales de 1^{ère} ligne en savent beaucoup plus sans que nous ayons eu l'opportunité et le temps de les écouter à ce sujet.
- La question est posée actuellement sous l'angle de la pertinence des soins. En contexte de fortes contraintes de l'offre et de développement de la demande, ne faut-il pas aussi interroger les pratiques professionnelles sous cet angle ? La matrice de maturité envisage la pluri professionnalité sous un angle très médico centrée. Certaines équipes qui intègrent des non soignants dans le parcours de santé des patients en interne aux structures ont eu des difficultés à travailler avec l'outil, ou du moins ont dû largement l'adapter.

⇒ Faut-il poursuivre et dans ce cas vers où et sous quelles formes ?

Les fédérations initiatrices et porteuses souhaitent la continuité y compris dans un cadre expérimental tenant compte des temporalités plus complexes sur le terrain. La mise en place de la phase actuelle s'est avérée longue et lente.

Quelles suites, vers quels objectifs et comment ? Autant de questions régulièrement ont été abordées avec les équipes en séminaires. D'où notre souci constant de prendre en compte leurs demandes et préserver la flexibilité et l'adaptation de l'accompagnement ;

L'ARS IDF semble dans les mêmes dispositions. La certification apparaissant comme perspective voire l'intervention des institutions universitaires.

En conclusion (à ce stade) :

Ce projet n'est pas un projet parmi d'autres. Il est à notre sens singulier par, au moins :

- les enjeux liés à la refondation de l'offre de soins ambulatoires,
- la participation à un projet commun de structures d'exercice regroupé coordonné centres et maisons de santé et de leurs fédérations,
- le choix d'une démarche d'auto-évaluation en s'appuyant sur des référents au sein des équipes,
- la possibilité d'améliorer la qualité de la « démarche » et la possibilité de proposer des indicateurs correspondant à cette notion pour les équipes,



- leur rôle dans la transférabilité/reproductibilité du projet.

Parce qu'il concerne les aspects qualitatifs, aspects les plus difficiles d'une prestation de services et qu'il concerne toutes les dimensions d'une activité de soins, qui plus est en groupe (confère 4 axes, 5 dimensions et 5 caractéristiques), nous sommes là au cœur et au croisement de questions organisationnelles et de pratiques médico-sociales multiples.

Si les questions du déficit des ressources et du manque de formation sont réelles, compte tenu des logiques de réduction ou de restrictions budgétaires, ou de l'aggravation des écarts entre les conditions minimales d'exercice et les besoins grandissants, plus de moyens n'assureront pas de manière mécanique plus de qualité.

Une revue de l'outil MM mérite et nécessite un effort plus systématique et continu avec l'adhésion des équipes concernées.

Quelques propositions :

- Développer la formation continue
- Disposer d'une rémunération de ce travail en équipe (ACI ?)
- Poursuivre l'accompagnement des équipes
- Permettre la diffusion de la démarche dans d'autres structures
- Soutenir avec les DD ARS et les référents CPAM des dynamiques départementales (MSP)
- Organiser avec les 4 référents formés (MSP) des sessions de sensibilisation dans les 8 départements de la région pour les structures intéressées.
- Diffuser la proposition de plateforme

En annexe :

- Le tableau de suivi des équipes
- La bibliographie
- La liste des participants
- Les conventions ARS / FNCS -Fémasif

Tableaux de suivi projet « qualité » MSP et CdS 2017 2018

	Caractéristiques	Référents « qualité »	« Entrées » et thématiques	Coordonnées	Perspectives et calendrier
Sucy	4MG, 3 +1 IDE, 1 psy, 1 coordinatrice	Corinne GIRARD Anas TAHA 2 ^{ème} séminaire : Sébastien Davidowitch	Utilisation de la MM selon les 4 axes pour l'écriture du projet de santé Certains items des 4 axes : Pluri pro, système d'information, projet santé et implication des patients Rayonnement, communications écrites et lors de conférences/colloques Projets de recherches qui soient issus de la MSP	corinne.girard12@wanadoo.fr 06 09 57 26 91 taha.anas85@gmail.com 06 28 78 60 67	Prioriser selon moyens et besoins équipe Ne pas oublier suivi/calendrier
	Points forts facteurs qui ont favorisé / facilité la démarche	Points à améliorer et ceux qui au contraire l'ont contrarié	analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent	Dynamique d'équipe/démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet ?	Attention à ce « biais » de l'expérimentation par ce choix de la MSP universitaire et déjà mobilisée Ont ajouté item sur la qualité de vie des professionnels de la structure
	nous a aidé mais on avait déjà commencé. crainte partagée d'une évaluation externe Ont rempli tout le document puis priorisé dans les 4 axes certains items	certes, qqls omissions, d'où son intérêt des propositions examinées pendant 5h	= un outil d'aide, mais pas indispensable	Au vu de l'ambition du travail, équipe mobilisée Importance de considérer les points à travailler « séparément », pas en bloc. Structure déjà tournée vers la « qualité », ont déjà 3 heures de coordination/sem en équipe dédiées.... Sont tous universitaires	Accompagnement pour points d'étape lors de 2 réunions d'équipe Point sur l'avancement des priorités Tableau récapitulatif transmis par l'équipe ; Calendrier de la mise en œuvre validé.

				1 temps commun/ semaine : 2h (questions complexes) + 1h sur le fonctionnement projet de recherche en MSP	
Paray Vieille Poste	Caractéristiques	Réf	« Entrées » et thématiques	Coordonnées	Perspectives et calendrier
	4 MG, 2 psychanalystes, 1 psychologue, 1 ostéo, 6 IDE 1 cellule de coordination : 1 secrétaire-coordinatrice pour la MSP, 1 coordinatrice de l'association, 1 coordinatrice Facilimed, 1 consultant externe pour les aspects financiers	Philippe Pimienta Géraldine Metzinger Vanessa Genestier (3)	<u>Axe retenu</u> : dynamique d'équipe <u>Attentes</u> : - partage d'expériences entre les équipes - partage d'outils/méthodes mis en place dans la cadre de cette démarche (questionnaire, tableau de bord, entretiens quali, etc)	pimientapmca@gmail.com 06.07.99.54.56 g.metzinger@facilimed.fr 06.81.65.16.61 gen.van.pro@gmail.com 06.60.28.72.62 Hygie.asso@gmail.com 06.60.28.72.62	<u>S'interroger sur</u> : Pourquoi cet exercice a une plus- value/par rapport à d'autres exercices d'évaluation ? Comment valoriser la + value de la MSP auprès des patients et des professionnels (MSP et partenaires) ? <u>Proposer un tableau de bord de suivi (création outil)</u> : - Composition/vie équipe - Données sur le territoire, la patientèle, les activités de soins - Financements - Implication des membres de l'équipe - Groupes de travail - Thématiques de travail (missions santé publique, protocoles, RCP patients complexes, partenariats) - Stratégie de développement (ambitions années à venir)
	Points forts	Points à améliorer	analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent	Dynamique d'équipe/démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet ?	
	Equipe avait déjà travaillé sur les 4 axes de la MM. Mais celle-ci est un bon support pour un état des lieux annuel mais à adapter pour la mettre en dialectique avec leur projet et ses spécificités	Relancer la dynamique d'équipe en répondant aux problématiques d'exercice concrètes de chaque professionnel et à leurs questionnements sur la stratégie de développement du	Item travail pluripro à ré-adapter aux spécificités de la MSP (organisation des groupes de travail en 3 pôles et avec 3 axes) Manque un item sur la gestion de la structure (dimension qui est importante dans la vie d'une MSP)	Outil opérationnel pour évaluer à 1 instant T et dresser un état des lieux (fréquence annuelle intéressante) Enjeux de la démarche d'auto- évaluation pour l'équipe : - renforcer la cohésion sociale	2 visite sur site, 2 rdv téléphoniques <u>Perspectives</u> : Dans la logique du projet de santé

	<p>Très opérationnelle, besoin de donné à voir ce qui sous-tend la qualité, sorte de lecture en creux, que souhaite-t-on donner à voir ?</p>	<p>projet (réalisé à fin septembre avec un travail qui se poursuit avec une réactualisation du PS)</p> <p>Prise en compte de la réalité du terrain et des différents projets en cours : notion de temps importante à prendre en considération</p> <p>Outil Matrice de maturité: permet de voir un mode de fonctionnement Photo instantanée du fonctionnement de la structure et le comparer à d'autres Mais manque comment on met en place ce fonctionnement.</p>	<p>La démonstration : quelle + V de notre mode d'exercice coordonné (efficacité opérationnelle et efficacité de la cohésion sociale et du soutien social)</p> <p>Souhaitent développer une sorte de tableau de bord, transposable, qui permette d'être en mesure de montrer sa plus-value et ses évolutions année après année de manière assez facile (en plusieurs temps)</p>	<p>dans le quotidien, sur le pratique-pratique afin de poursuivre le travail coordonné autour du projet de santé</p> <p>- être en capacité de montrer avec cette démarche d'auto-évaluation la plus-value de cet exercice pluripro et coordonné (qualité offre de soins/soutien social/cohésion sociale, etc)</p> <p>Sont passés de 7 à 13 groupes Rapport d'activités par professionnels et activités coordonnées : mise en place un tdb Donner à voir la qualité de ce qui est produit, à analyser questionnaire de satisfaction pour usagers</p> <p>Cohésion sociale : approche globale, non morcelée, sans discrimination, esprit institution</p> <p>Elaboration des pratiques et mise en œuvre des pratiques</p>	<p>Hygie</p> <p>Formation de MSP « Hypocratique » : module 1 définition avec indicateurs Anticiper : la MSP proposerait une démarche qualité avec objectifs et indicateurs</p>
	<p>Caractéristiques</p>	<p>Réf</p>	<p>« Entrées » et thématiques</p>	<p>Coordonnées</p>	<p>Perspectives et calendrier</p>
<p>Corbeil</p>	<p>Association territoriale, différents groupes de travail dont 1 sur « gestion des</p>	<p>Saiqa Christophe (2) Mousseau Ghulam (2)</p>	<p>« Gestion des risques » et évènements indésirables protocoles « utilisés »/ non utilisés</p>	<p>saiqa@orange.fr 06 71 30 03 14</p>	

			patient ?		<p>Réflexions bien avancées, se réunissent régulièrement. Peu de temps dernièrement car projet d'évolution PS en cours ;</p> <p>Avec « ateliers de l'avenir », méthode d'animation participative, ont développé ces 2 axes, avec approche plus que pluri prof (inclusion de tous les professionnels de la MSP).</p>
	<p>Points forts facteurs qui ont favorisé / facilité la démarche</p>	<p>Points à améliorer et ceux qui au contraire l'ont contrarié</p>	<p>analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent</p>	<p>Dynamique d'équipe/démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet</p>	<p>Etat des lieux, utopie créatrice et définition d'objectifs.</p>
	<p>L'équipe est plutôt satisfaisante de la solidité, de la communication dans l'équipe. La plupart sont désireux de s'impliquer davantage dans l'avenir. Il existe un désir commun de travailler ensemble en équipe (échanges, soutien, coordination) avec l'envie d'améliorer leurs « techniques » de travail afin de gagner en qualité et en efficacité.</p>	<p>Projets d'évolution en cours Peu de temps disponible</p>	<p>Malgré des projets d'évolution compromis, sont dans demande d'améliorer fonctionnement actuel.</p> <p>Dynamique d'équipe autour des sujets vraiment pluri professionnels</p>	<p>volonté réelle de travailler ensemble, cohésion d'équipe, en phase et dynamique quant aux projets/situations de soins</p> <p>→ difficultés à trouver des temps d'échanges et de coordination, parfois initiatives isolées mais pas tjrs appropriées par équipes (exemple projet périnatal)</p>	



Role pro actif et important des 2 référents.					
--	--	--	--	--	--

La Place santé Saint-Denis (ACSBE)	Caractéristiques	Réf	« Entrées » et thématiques	Coordonnées	Perspectives et calendrier
	<p>CDS associatif créé en 2011</p> <p>équipe</p> <p>1 directrice administrative</p> <p>1 coordinatrice</p> <p>6 MG</p> <p>2 accueillantes</p> <p>4 médiatrices en santé musicothérapeute</p> <p>Enthousiasme de l'équipe, pluri-professionnalité</p> <p>Management participatif, Dimension administrative et sociale intégrée</p> <p>Implication des habitants</p>	<p>Emilie Henri (Directrice)</p> <p>Gwenaelle Ferré (coordinatrice)</p>	<p>3 axes de travail choisis lors du séminaire 1/06:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Amélioration du repérage et de la pec des patients en situation complexes ou de vulnérabilité • Travail en équipe pluri pro via les suivis conjoints 	<p>Emilie Henri, directrice emilie.henry@acsbe.asso.fr 01 48 09 09 16 06 33 20 91 70</p> <p>(Congés mater du 08 janvier au 04 juin)</p> <p>Gwenaelle Ferré (coordinatrice) 01 48 09 09 15 06 72 01 88 85 coordination@acsbe.asso.fr</p>	<p>Tableau de synthèse disponible qui propose une mise en œuvre d'ici septembre 2018</p> <p>Plusieurs actions mises en œuvre depuis le mois de juin (tenu du séminaire d'équipe qui a permis d'élaborer collectivement le plan d'amélioration) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil : montage d'un dossier d'aménagement de l'espace d'attente. Travaux imminents. Réflexion sur la gestion des flux par les accueillantes. - Patients en situation complexe ou de vulnérabilité : plusieurs réunions de travail sur l'adaptation du dispositif « porcelaine » (Ivry). Mise en œuvre effective avec critères d'inclusion et décision partagée en RCP.

					<p>Réflexion menée sur l'évaluation de la vulnérabilité du public accueilli et suivi de 3 indicateurs tracés dans le logiciel métier.</p> <p><u>Travail en équipe pluripro :</u> expérimentation d'un nouveau format de réunion pluripro autour des situations depuis octobre 2017 intégrant accueillant(s), musicothérapeute, médiatrice santé et médecin. Evolution vers des analyses de pratique. à Automne : mise en oeuvre des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil : travaux d'aménagement de l'espace d'accueil et de la salle d'attente et déménagement de certains bureaux. Réflexions sur la question de la gestion des flux par les accueillante. • Mise en place du dispositif « porcelaine » selon un protocole partagé • Nouveau format de RCP (accueil de l'accueillante, de la musicothérapeute, médiatrice et médecin) dans la réunion, évolution vers des analyses de pratique.
La Place santé Saint-Denis (ACSBE)	Points forts facteurs qui ont favorisé / facilité la démarche	Points à améliorer et ceux qui au contraire l'ont contrarié	Analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent	Dynamique d'équipe démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet ?	
	Implication de l'ensemble des salariés et des administrateurs dans la démarche (partir d'un questionnaire individuel = permet d'impliquer chacun, de placer chacun dans une	la mise en place du plan d'amélioration représente une charge de travail supplémentaire pour l'équipe. C'est pourquoi	La matrice n'est pas vraiment adaptée aux réalités de notre fonctionnement d'équipe médico-sociale. Nous avons eu besoin de retravailler	RCP sur temps du déjeuner, existence coordination à temps plein	

	<p>posture à priori constructive). Séminaire d'équipe d'une journée a permis des temps d'échange approfondi grâce à une préparation en amont ayant interrogée l'ensemble de l'équipe, très bonne dynamique d'équipe et appropriation de la démarche par chacun qui facilite la mise en œuvre du plan d'action sur la suite (tout le monde se sent impliqué). Dans les facteurs facilitants, notre capacité à se voir, se parler, se réunir beaucoup sur les temps de midi...</p>	<p>il est important de ne pas se disperser et de faire des choix (mais c'est toujours difficile !). il faudrait pouvoir trouver de meilleures solutions que d'empiéter sur nos pauses de midi et la bonne volonté des salariés pour pouvoir mettre en œuvre ces projets de manière satisfaisante...</p>	<p>beaucoup l'outil. La partie du début sur le projet de santé est assez peu concrète et elle a été lourde à remplir pour les professionnels (et au 1^{er} rang desquels bizarrement les médecins)</p>		
	Caractéristiques	Réf	« Entrées » et thématiques	Coordonnées	Perspectives et calendrier
<p>Centre municipal de santé d'Ivry-sur-Seine 94</p>	<p>CDS municipal polyvalent médical et dentaire File active : 15 000 patients équipe 33 médecins dont 7 MG, 14 IDE, laboratoire, service de radiologie, Cegid, CLAT, CPEF, PMI, CSAPA, service de santé publique, PASS dentaire ambulatoire...</p> <p>Modalités d'accueil spécifique des publics vulnérables via le dispositif des « patients porcelaine »</p>	<p>Marianne Petit, médecin directeur</p> <p>Annette Graal, directrice administrative Partie à la retraite en déc 2017</p> <p>Florence Loume, cadre de santé</p>	<p>3 axes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualisation du projet de santé dans la réhabilitation/extension des locaux - SI : structuration et gestion des données informatiques concomitante à mise en place d'un nouveau logiciel métier (choix de logiciel par le SIVOM, plateforme santé numérique) 	<p>mpetit@ivry94.fr 01 80 51 86 00 Poste : 86 36 / 86 37</p> <p>agrall@ivry94.fr 01 80 51 86 00</p> <p>floume-yuste@ivry94.fr 0180518619</p>	<p>Eté 2017 : actualisation et validation du projet de santé s'appuyant sur un diagnostic actualisé et partagé (remontées des réflexions des équipes par les chefs de secteur)</p> <p>Automne 2017 : déploiement du nouveau logiciel et travail d'équipe et formations sur la structuration des données et l'intégration au projet</p>

	<p>Equipe dynamique s'appuyant sur une organisation très structurée avec projet ambitieux intégré à celui du territoire</p>		<p>- Implication des patients c réflexion sur la mise en ce d'un comité d'usagers</p>		<p>Terrisanté numérique</p> <p>L'organisation du travail en équipe répond bien aux différentes dimensions de la matrice.</p> <p>Le projet de santé en cours de réactualisation. Le CDS va bénéficier de travaux d'extension/réhabilitation.</p> <p>Décembre 2017 : validation du projet de santé par la direction du centre Janvier 2018 : diffusion aux chefs de secteur et démarrage des travaux de réhabilitation/extension des locaux Février 2018 : réunion avec les chefs de secteur le 6 février autour du projet et amendements faits. Selon les services, les équipes ont +- été mobilisées.</p> <p>SI Un cahier des charges pour le changement du logiciel métier a été travaillé avec les équipes. Le déploiement du nouveau logiciel est encore reporté (projet dépendant du SIIM (syndicat intercommunal)). Attente de la finalisation du</p>
--	---	--	---	--	---

					<p>transfert des données pour réaliser les tests et planifier les formations pour l'installation de cegedim. Un travail d'équipe entre MG, rhumatologues, dermatologues et gynécologues sur la structuration des données a été finalisé.</p> <p>L'intégration à l'expérimentation territoire santé numérique implique de développer:</p> <ul style="list-style-type: none"> . le lien ville-hôpital facilité (hôpital Kremlin-Bicêtre) <p>Des réunions partenariales entre l'APHP et les CMS de plusieurs villes se tiennent régulièrement.</p> <ul style="list-style-type: none"> . le DMP . la téléradiologie
Centre municipal de santé d'Ivry-sur-Seine 94	Points forts facteurs qui ont favorisé / facilité la démarche	Points à améliorer et ceux qui au contraire l'ont contrarié	Analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent	Dynamique d'équipe démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet ?	
Centre municipal de santé d'Ivry-sur-Seine 94	Forte motivation management Bonne cohésion d'équipe au sein de la direction (composée de 5 personnes : médecin directeur, directrice administrative, cadre de santé, RH, responsable financier) permettant un rôle moteur.	Stabilité de l'équipe Départ en retraite de la directrice administrative (remplacement en juin 2018). Selon les services, la circulation de l'information n'est pas	L'organisation du travail en équipe répond bien aux différentes dimensions de la matrice. Cependant, il serait difficilement envisageable dans l'organisation actuelle, de faire	Personne dépendante Organisation structurée du CdS qui favorise la gestion de projets de santé publique. L'organisation du travail en équipe répond bien aux différentes dimensions de la matrice. Cependant, il serait difficilement envisageable dans l'organisation actuelle, de faire s'approprier par l'équipe entière ce type d'outil.	

	<p>Réunions régulières avec les chefs de secteurs (tous les 2 mois), bonne circulation de l'information entre direction et services.</p> <p>Fort portage politique.</p>	<p>optimale avec les équipes (bon fonctionnement du service MG et IDE, moins bon pour le service d'accueil)</p> <p>Les réunions d'accueil ne sont pas assez régulières, et il est nécessaire d'améliorer la professionnalisation de certains agents.</p> <p>Intercommunalité.</p> <p>Temps.</p>	<p>s'approprier par l'équipe entière ce type d'outil.</p>		
	Caractéristiques	Réf	« Entrées » et thématiques	Coordonnées	Perspectives et calendrier
<p>Centre médical Stalingrad Paris (CRAMIF)</p>	<p>CS polyvalent médical et dentaire géré par la CRAMIF</p> <p>file active: 56 000 patients</p> <p>équipe 1 IDE coord, 1 IDE cadre, 5 MG, turn-over M spécialistes salarier + à l'acte</p> <p>Difficultés liés à la taille de la structure et au mode de rémunération.</p> <p>Développement progressif des missions de la coordination.</p>	<p>Gregory Gouez, Infirmier coordinateur</p> <p>Sofia Boualali, directrice administrative</p>	<p>3 axes</p> <ul style="list-style-type: none"> - SI: partage et gestion des données - Travail en équipe à travers mise en place des RCP et des protocoles - Avancée sur les contrats médecins pour permettre le travail d'équipe ? 	<p>gregory.gouez@cramif.cnamts.fr</p> <p>sofia.boualali@cramif.cnamts.fr</p> <p>01 40 05 39 91</p>	<p>Pb de légitimité de l'IDE cadre</p> <p>Pb d'arrêt de maladie du coordinateur</p> <p>Contact repris en novembre</p>



Centre médical Stalingrad Paris (CRAMIF)	Points forts facteurs qui ont favorisé / facilité la démarche	Points à améliorer et ceux qui au contraire l'ont contrarié	Analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent	Dynamique d'équipe démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet ?	
Centre médical Stalingrad Paris (CRAMIF)		relancer			
	Caractéristiques	Réf	« Entrées » et thématiques	Coordonnées	Perspectives et calendrier
Centre municipal de santé Champigny-sur-Marne 94	<p>CDS Polyvalent un nouveau médecin directeur</p> <p>sort d'un audit</p> <p>relancer la dynamique</p>	<p>Frédéric VILLEBRUN, médecin, directeur de la santé</p> <p>David MARQUES DOS SANTOS, infirmier, expert qualité et sécurité</p> <p>Véronique Chartin, IDE</p>	<p>2 axes</p> <p>- travail en équipe pluri-professionnelle », dimension : « dynamique d'équipe »</p> <p>- système d'information », dimension : « analyse des pratiques »</p>	<p>f.villebrun@mairie-champigny94.fr 01 48 82 55 01</p>	<p><u>Dynamique d'équipe</u> 2006 auto évaluation référentiel HAS - 2008 : étude des conclusions de l'auto éval - GRACQ des propositions retenues par la D°. 2012 faible motivation, pb à concrétiser. 2013 reprise du projet par le collectif de direction</p> <p><u>Analyse des pratiques</u></p> <p>- Analyse des indicateurs - évaluation pertinence de nouvelles données de santé validées scientifiquement (dépistages, statut vaccinal,) pour identifier les actions de prévention à développer auprès des habitants,</p>



Centre municipal de santé Champigny-sur-Marne 94	Points forts facteurs qui ont favorisé / facilité la démarche	Points à améliorer et ceux qui au contraire l'ont contrarié	Analyse "critique" de la matrice : quels items ont posé problème / semblent moins pertinents / quels items manquent	Dynamique d'équipe démarche auto évaluation Animation d'équipe Influence du modèle (CdS ou MSP) sur projet ?	
Centre municipal de santé Champigny-sur-Marne 94	compétence & volonté de transformation de la d° Personnel désireux de reprendre un travail de groupe, s'investir dans un projet pluri-professionnel. nécessaire de reprendre ce travail inachevé pour faire évoluer le cadre d'une démarche qualité.	« rattraper le retard » relancer dynamique antérieure			