

RAPPORT PROJET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (PAQ)

La démarche qualité appliquée à cinq maisons
de santé pluriprofessionnelles franciliennes



JUILLET 2021



SOMMAIRE

03 INTRODUCTION

- 04 *La démarche qualité en MSP : éléments de contexte*
- 05 *La mise en pratique du concept de démarche qualité*
- 07 *Objectif du Projet d'Amélioration de la Qualité (PAQ)*

08 ORGANISATION DU PROJET

- 09 *Présentation de l'approche méthodologique choisie*
- 10 *Présentation des acteurs de PAQ*
- 14 *Présentation des outils d'accompagnement mis en place*
- 16 *Présentation du planning du projet*

19 MISE EN OEUVRE DU PROJET DANS LES MSP ET RÉSULTATS

- 20 *MSP de Torcy*
- 25 *MSP de la Celle St Cloud*
- 27 *MSP de Pyrénées Belleville*
- 29 *MSP de la Goutte d'Or*
- 30 *MSP de Suresnes*

31 ANALYSE ET SYNTHÈSE DU PROJET

- 32 *L'implication des professionnels dans la démarche qualité et dans le déroulé du projet vue par la FémasIF*
- 35 *Regards sur l'accompagnement et la méthode privilégiés par la Fémasif*
- 36 *Quelles perspectives suite au projet pour la mise en œuvre du concept de la démarche qualité ?*

38 CONCLUSIONS

39 ANNEXES

INTRODUCTION

La démarche qualité en MSP : éléments de contexte

Les premières maisons de santé pluriprofessionnelles ont vu le jour en 2006 alors que médecins et paramédicaux décident de mettre en commun un secrétariat, une salle d'attente, et de partager des dossiers concernant leurs patients. À mesure que la pertinence du travail en pluriprofessionnalité est reconnue, les pouvoirs publics souhaitent soutenir cette dynamique. En 2011, est mise en place l'ENMR (*Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération*) qui constitue un tournant majeur pour l'exercice libéral. Désormais, une enveloppe est attribuée aux équipes pour indemniser des temps de concertation pluriprofessionnelle autour de « cas patients », pour tout travail collaboratif ayant pour finalité l'amélioration de la prise en charge du patient, ou pour la mise en place d'actions de prévention. En contrepartie, les professionnels de santé sont amenés à respecter certains engagements (portant par exemple sur les horaires d'ouverture de leurs cabinets).

Il faut attendre 2017 et la publication de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour que ce nouveau mode d'exercice soit contractualisé avec l'Assurance Maladie et l'ARS. Ainsi, de quelques MSP non formelles en 2006, on passe à plus de 1200 formalisées par la signature de l'ACI en 2021 sur la France entière. Ce chiffre s'élève à 109 pour l'Ile-de-France en mai 2021 et est en augmentation constante. L'exercice coordonné libéral séduit car il présente de nombreux facteurs d'attractivité : absence de hiérarchie managériale, liberté d'installation, travail en équipe pluriprofessionnelle, possibilité de mener des actions de prévention, aides financières, etc.

Ces nouvelles structures sont donc désormais dotées d'une force d'action et d'initiative. Les professionnels créent des actions diverses et variées allant de l'élaboration d'un parcours d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques à des ateliers de prévention des chutes pour les seniors, ou encore des journées de dépistage. Les actions dépendent souvent des besoins du territoire et des ressources qui s'y trouvent et ne sont jamais construites de la même manière selon les équipes.



Cependant, ces pratiques nouvelles, qui sortent de l'exercice traditionnel « à l'acte », spécifiquement adaptées à un contexte particulier, restent aujourd'hui difficilement visibles et peu valorisables. Ainsi la démarche qualité, telle que pensée par la FémasIF, vise à **produire des données structurées de santé afin de mesurer l'implication de ces équipes dans ces actions, mais aussi leur impact**. Nous avons souhaité que cette démarche soit ascendante en partant d'une action développée par l'équipe accompagnée et de les aider à mobiliser ressources et méthode pour cette production de données.

Forte d'une première expérimentation autour d'une démarche qualité, la FémasIF a été missionnée par l'ARS pour mener un projet pilote pour l'amélioration de la qualité auprès de cinq structures franciliennes.

Le projet devait démarrer au début de l'année 2020, mais la pandémie qui a touché l'ensemble du monde nous a contraint d'attendre l'été pour nous lancer collectivement dans cette démarche. Le défi était de taille, nous avions un an pour accompagner quatre équipes dans une démarche qualité, alors que celles-ci se trouvaient déjà très mobilisées dans la gestion de la crise pandémique et que le contexte restait très incertain.

Avons-nous atteint nos objectifs ? C'est la question à laquelle nous souhaitons répondre à travers ce rapport.

La mise en pratique du concept de démarche qualité



Le projet d'amélioration de la qualité ("PAQ") est un exemple de mise en œuvre de démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Revenons sur le concept de démarche qualité, que veut-il dire exactement ?

Selon la structure qui cherche à développer la qualité du service qu'elle propose, ce concept ne sera pas perçu et défini de la même manière. Si les établissements de santé perçoivent la qualité comme liée à l'efficacité de leur structure et à la conformité à certains critères, d'autres structures perçoivent la qualité comme une démarche qui nécessite plus de co-construction avec les équipes et plus adaptable à chaque structure.

La démarche qualité en santé est un processus visant à améliorer de manière ponctuelle ou continue (selon les visions) la qualité du service dans des structures en santé.

La démarche qualité peut prendre plusieurs formes : l'auto-évaluation, la certification, l'accréditation. Si les deux dernières sont utilisées plus particulièrement pour vérifier la conformité de l'organisation de la structure à un certain nombre de critères, l'auto-évaluation implique de manière plus évidente les équipes dans la construction de l'organisation de leur propre structure.

L'évaluation occupe une place importante de la démarche qualité en MSP. Certaines équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles sont alors en recherche d'une méthodologie et de la mise à disposition d'indicateurs quantitatifs pour évaluer leur projet.

L'accompagnement proposé à ces équipes pour répondre à ce besoin peut être développé sous différentes formes. Ces dernières années, **plusieurs formes d'accompagnement** ont été expérimentées, comme par exemple :



des projets de long terme, souvent encadrés par une convention fédération régionale et/ou ARS et MSP, consistant en un accompagnement des structures dans une démarche d'amélioration de la qualité et d'un suivi régulier dans la mise en place d'un projet à travers lequel la MSP prend au fur et à mesure plus de responsabilités

- une première expérimentation autour de la démarche qualité réalisée par la FémasIF entre 2017 et 2019, menée conjointement avec la fédération des centres de santé autour de l'outil matrice de maturité. Cet outil a été publié en 2012 par la Haute Autorité de Santé (HAS) et permet aux équipes en maison de santé de réaliser une auto-évaluation afin de caractériser leur stade de maturité. Les critères de cette "matrice de maturité" ont été classifiés en quatre catégories distinctes : le travail en équipe pluriprofessionnelle, le système d'information, l'implication des patients et enfin le projet de santé et l'accès aux soins.

- la démarche “patients traceurs” : La méthode du patient traceur est une méthode innovante d’analyse du parcours de soins du patient en équipe. Importée des Etats Unis, elle est utilisée en France depuis quelques années dans le secteur hospitalier. En 2016, la HAS l’a adaptée aux soins primaires avec la sortie du « guide patient traceur de ville ». La démarche consiste en une réalisation d’entretiens semi-directifs avec le patient mais aussi avec les professionnels de santé et du secteur social qu’il rencontre dans son parcours. À l’issue de ces entretiens, une réunion de synthèse est réalisée avec tous les professionnels. Elle donne lieu à un plan d’actions quant à l’amélioration de l’organisation du parcours du patient. Les MSP peuvent aujourd’hui l’utiliser grâce au travail d’Adeline Cancel, infirmière en pratique avancée et membre de la FORMS (fédération des maisons de santé Occitanie), qui a mis au point un guide d’utilisation spécifique.
- le projet ERRAMS mené par la Fémasco-Bfc : une expérimentation menée sur deux ans qui a pour objectif de mettre à disposition des MSP des équipes ressources pour la conception, mise en œuvre, et l’évaluation d’un projet d’amélioration de la qualité que la MSP décide de mener autour d’une thématique définie. Le groupe chargé de l’évaluation travaille en parallèle du groupe chargé de suivre l’expérimentation : l’évaluation est donc en œuvre tout au long du projet.
- le projet amélioration de la qualité (PAQ) mené par la Fémasif qui est l’objet de ce rapport

→ **un accompagnement apporté plus ponctuellement** par les fédérations régionales et/ou l’ARS ou d’autres acteurs, où l’information est principalement transmise en un sens unique, comme à travers :

- la mise en place de formation comme la formation PACTE ou la formation référents qualité à la FEMAS Hauts-de-France,
- la mise à disposition d’outils et d’indicateurs (questionnaires, grilles d’auto-évaluation) comme le futur « pack qualité » de la FEMAS Hauts-de-France ou le questionnaire aux patients de la FeMaSCo-BFC,
- une aide à la méthodologie de projets



Objectif du Projet d'Amélioration de la Qualité (PAQ)

Les équipes de soins primaires, afin d'assurer leur bon fonctionnement de groupe, ont besoin de systèmes d'information communs sécurisés et souples et d'un financement minimal pour rémunérer le temps de coordination.

Les outils informatiques constituent la base technologique sur laquelle se construisent les modes de communication et de suivi et donc de collaboration des professionnels des MSP. L'enjeu actuel est l'appropriation par l'équipe pluri professionnelle de ces outils technologiques et leur bon usage afin de produire des données structurées permettant une démarche collective d'amélioration continue de la qualité des soins.

Les équipes pluriprofessionnelles portent un projet collectif de santé. La démarche d'amélioration de la qualité conçue par la FémasIF s'inscrit au sein du projet de santé et de la dynamique d'équipe.

En somme, l'objectif général du projet était d'accompagner les équipes, dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, à produire des données structurées de santé relatives au projet de santé. Le projet vise principalement à :

-  outiller techniquement et méthodologiquement les équipes dans la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité, grâce à l'intervention d'experts (techniques et méthodologiques),
-  favoriser la production d'indicateurs et de données de santé en relation avec le projet de santé permettant de valoriser le travail en MSP,
-  permettre aux équipes de définir et tester une intervention ou une pratique nouvelle pluri-professionnelle en réponse à une problématique ou un besoin de la patientèle identifié

Il s'agissait d'accompagner les MSP pour mesurer et comprendre non seulement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, mais aussi comment et pourquoi le processus de soins fonctionne ou pas, et trouver les moyens de l'améliorer.



ORGANISATION DU PROJET

- 09 *Présentation de l'approche
méthodologique choisie*
- 10 *Présentation des acteurs de PAQ*
- 14 *Présentation des outils
d'accompagnement mis en place*
- 16 *Présentation du planning du projet*

Présentation de l'approche méthodologique choisie

L'accompagnement que nous avons proposé dans le projet PAQ suit une méthode développée par l'Institute for Health Improvement (IHI) « le modèle d'amélioration de la qualité » qui intègre l'utilisation du cycle PDSA (ou roue de Deming).

Le modèle demande de répondre à 3 questions préalables :

Qu'est que nous voulons faire :

Quelle situation améliorer,
quel objectif d'amélioration se
donner?

Comment saurons-nous que l'on améliore :

Quelle mesure choisir?

Quel changement pouvons-nous faire pour améliorer la qualité ?

Le cycle « PDSA », est bien connu dans la sphère des « démarches qualités » et se décline ensuite en quatre phases :

- **P** pour « Plan », la partie planification ;
- **D** pour « Do », la partie « faire » ou “réaliser” de mise en œuvre ;
- **S** pour « Study » qui désigne la phase d'analyse des résultats ;
- **A** pour « Act », la phase qui vise à décider si la pratique étudiée est maintenue ou modifiée.

Plusieurs cycles peuvent s'enchaîner selon le degré d'atteinte de l'objectif et la motivation des équipes.

Notre méthode suit un fonctionnement « agile » : la planification est réajustée au fur et à mesure de l'avancée du projet (elle est adaptative et flexible), personnalisée à l'avancée de chaque équipe. La finalité est un développement évolutif et une amélioration continue de la qualité des prises en charge des patients et de l'organisation de l'équipe.

Ainsi, chaque équipe avance à un rythme différent, et tandis que certains réalisent leur première mesure, d'autres sont au stade de la planification ou de la définition des objectifs. Lorsqu'un outil ou une méthode trouve ses limites dans une équipe, de nouveaux outils sont proposés. Les ressources supports (exemple : experts en systèmes d'information) sont mobilisés selon les besoins de chaque équipe.

La crise sanitaire nous a contraints à adapter nos modalités d'accompagnement. Les séminaires d'une journée qui devaient se faire en présentiel ont été maintenus à distance par visio-conférence. Nous avons également transformé les rendez-vous dans les maisons de santé par des points d'échanges distanciés la plupart du temps. La période a été marquée par des aléas divers qui ont nécessité des "pauses" dans le projet pour certaines équipes : problèmes de santé des référents du projet au sein des MSP, mise en place de dépistages et de centres de vaccination mobilisant les équipes et les énergies de la MSP par exemple. L'accompagnement flexible et sur-mesure était donc une nécessité pour le bon déroulé de notre projet.

Présentation des acteurs de PAQ

Les personnes impliquées dans la gouvernance du projet sont :

Au sein de la FémasIF :

La coordinatrice régionale, Anne Guilberteau : a suivi le bon déroulé du projet, organisé le comité de pilotage en lien avec l'ARS, est intervenue ponctuellement pour partager son expertise, informait le bureau de l'avancée du projet, mobilisait les ressources internes nécessaires



La chargée de mission « santé publique et expérimentations », Camille Rodriguez : a dédié un jour par semaine au projet, a aidé l'experte dans la création de supports ou d'outils, organisé et planifié les rencontres avec les équipes, organisé des rencontres régulières avec l'experte méthodologique, veillé à la capitalisation des résultats de la démarche, suivi le budget du projet, en lien avec la coordinatrice régionale.

La stagiaire chargée d'études du projet qualité, Ambre Le Ray : présente d'avril à fin juillet 2021, a eu pour mission d'apporter un regard critique extérieur sur le fonctionnement et la mise en œuvre du projet qualité. Elle a réalisé des entretiens avec chaque équipe et a permis d'enrichir le rapport par son analyse. Elle a également été à la rencontre d'initiatives similaires développées dans d'autres régions, apportant des éléments de réflexion pour la proposition de pistes d'action à venir.



Un membre du bureau / CA, Didier Ménard : est le référent sur cet axe de travail.

Ayant des missions pour la FémasIF :



L'experte méthodologique qualité, Dr Isabelle Dupie : A préparé le contenu des interventions, suivi l'évolution des équipes, est intervenue auprès des équipes ou en séminaire méthodologique, a fourni aux équipes les supports nécessaires à la réalisation de la démarche, est intervenue à hauteur de 30 jours sur l'ensemble de l'année.

Les experts techniques système d'information : ont apporté une expertise directement à une maison de santé dans l'utilisation de son logiciel ; ont aidé la chargée de mission ou l'experte méthodologique dans la création d'un outil technique (tel qu'un tuto par exemple) ; ont conseillé la chargée de mission ou l'experte méthodologique sur une question technique concernant le logiciel.



Un expert EO : Jean Marie Nougairède
Un expert Weda : Dr Olivier Benainous



Un intervenant extérieur, Dr Hector Falcoff : présent lors des deux séminaires méthodologiques, il a apporté son expertise aux équipes sur la question des objectifs et indicateurs (séminaire 1) et de l'analyse des résultats (séminaire 2).

Au sein du COPIL :

- L'ARS IdF département qualité et pertinence
- L'Assurance maladie, service gestion des risques

Notre réseau de partenaires :

- Staraqs, FNCS

Cinq maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) ont participé au projet PAQ. Elles ont pu déterminer un objectif à atteindre et définir des indicateurs pour mettre en place cette démarche qualité.

Précisons que la MSP de Suresnes a abandonné le projet en octobre 2020, tandis que la MSP de la Goutte d'Or a rejoint le projet en décembre 2020.



Les cinq MSP avaient des structures différentes :



Équipe de Torcy

- Logiciel d'information : EO
- Signataire de l'ACI
- Département : 77 Seine et Marne
- Composition de la MSP : 8 Médecins généralistes, 3 IDE, 1 diététicienne, 1 podologue, 1 orthoptiste, 2 kinés, 2 sages-femmes, 1 psychologue
- Coordinatrice Nawel TIBERGUEMENT depuis décembre 2018
- Référents projet qualité : Jean-Luc Weiler et Nawel Tiberguent
- Création de la MSP : novembre 2015

Équipe La Celle Saint Cloud

- Logiciel d'information : WEDA
 - Signataire de l'ACI
 - Département : 78 Yvelines
- Composition de la MSP : 3 Médecins généralistes, 2 IDE, 1 orthophoniste, 1 psychologue
 - Coordinatrice : Clémence Kouadio
- Référents projet qualité : Clémence Kouadio et Mélanie Sainte Rose
 - Création de la MSP : 2019





Équipe **Pyrénées Belleville**

- Logiciel d'information : EO
 - Signataire de l'ACI
 - Département : Paris
- Composition de la MSP : 13 Médecins généralistes, 1 orthophoniste, 5 IDE, 1 pédicure-podologue, 2 pharmaciens, 1 orthophoniste, 2 kinés, 1 coordinatrice
 - Coordinatrice : Marie Karsenty
- Référents projet qualité : Marie Karsenty et François Le Raymond
 - Création de la MSP : 2013



Équipe **La Goutte d'Or**

- La MSP Goutte d'Or est une MSP hors les murs : 3 cabinets sur 5 sont impliqués dans la consultation précarité.
 - Logiciel d'information : EO
 - Signataire de l'ACI
 - Département Paris
- Composition de l'équipe de la consultation précarité au sein de la MSP: une médiatrice en santé Asalée, une psychologue, 7 médecins répartis sur 3 cabinets, 1 infirmière Asalée présente sur 2 cabinets, 1 patient expert dans son champ professionnel (la santé mentale)
 - Coordinateur : en recherche
- Référents projet qualité : Danièle Séné et Marine Legros
 - Création de la MSP : 2014

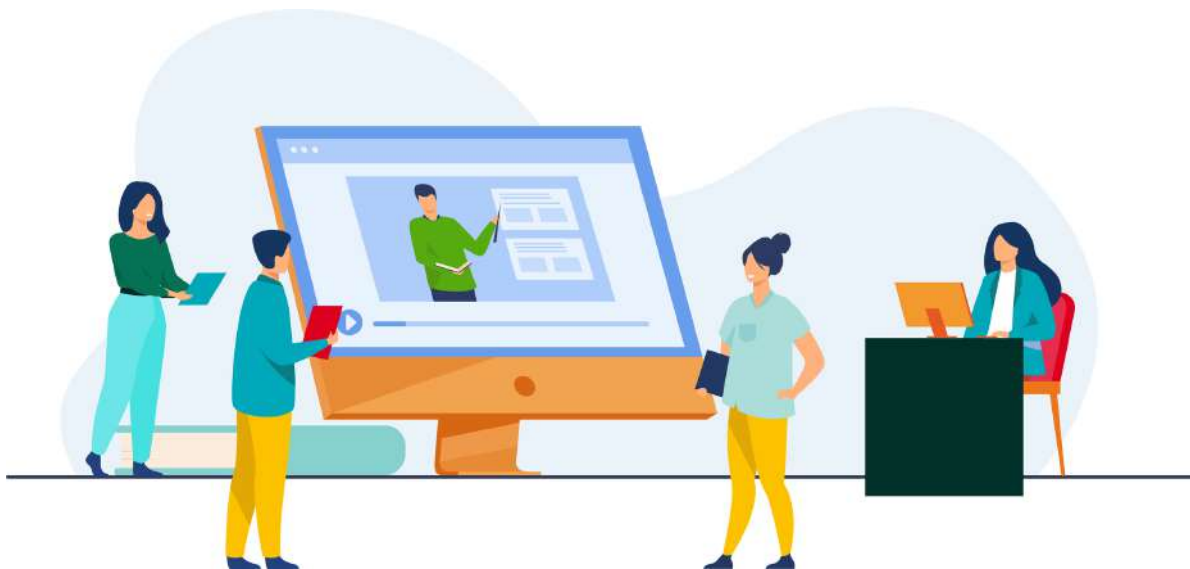


Équipe **Suresnes**

- Logiciel d'information : Chorus
 - Signataire de l'ACI
 - Structure juridique SISA
- Composition de la MSP : 3 Médecins généralistes, 1 sage-femme, 1 orthophoniste, 1 pédicure-podologue, 1 IDE, 1 psychologue/coordinatrice
 - Coordinatrice: Julie Guérin
- Référents projet qualité : Julie Guérin
 - Création de la MSP : janvier 2016

Présentation des outils d'accompagnement mis en place

Notre méthode d'accompagnement a conjugué une dimension collective et individuelle. Les rencontres collectives ont permis de favoriser des espaces de partage d'expérience et d'entraide entre les différentes équipes participantes, tandis que les rendez-vous individuels permettaient à chaque MSP d'avancer à son rythme.



➔ **Les séminaires collectifs** : 1 visio conférence le 8 juillet 2020 de présentation de la démarche (1h30) et 2 séminaires d'une journée les vendredi 2 octobre 2020 et vendredi 9 avril 2021.

➔ **Les séances de travail et échanges avec les experts techniques** : 1 intervention de l'expert technique EO lors du séminaire du 2 octobre. Une intervention de l'expert Weda avec l'équipe de la Celle Saint Cloud le 19 janvier.

➔ **Les ateliers individuels avec les référents de chaque MSP** (17 rendez-vous ont été menés à distance avec ces référents et deux réunions ont été réalisées en présentiel, lorsque les conditions sanitaires l'ont permis)

- Les réunions de bilan ont été proposées aux équipes pour clôturer leur implication dans cette démarche expérimentale, récapituler les démarches entreprises et les perspectives définies avec eux. Deux réunions de bilan ont été réalisées en juillet 2021.
- Les entretiens avec la stagiaire chargée d'étude ont permis de faire le point équipe par équipe sur le déroulé de la démarche tout au long de l'année écoulée et le ressenti des participants concernant l'accompagnement proposé.

Nous avons utilisé plusieurs outils pour accompagner le projet :

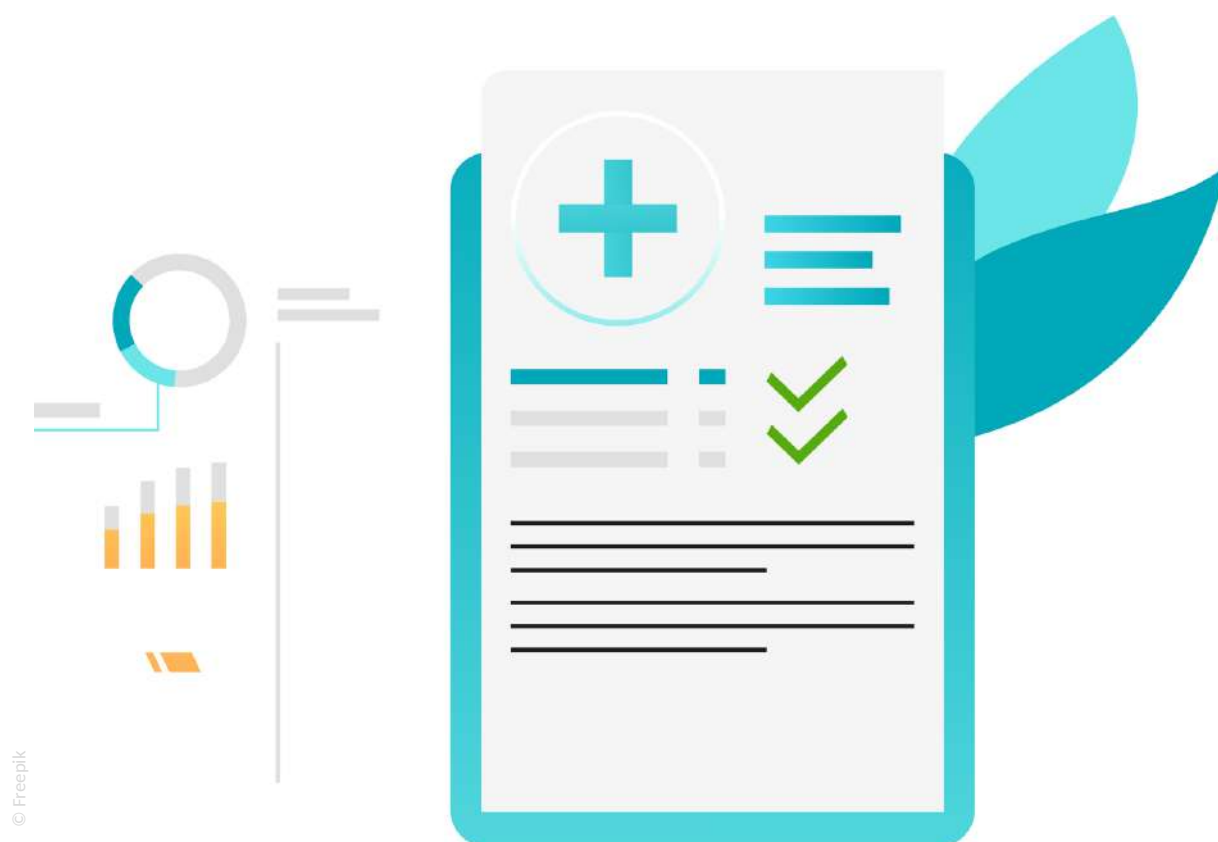
➔ **la création d'un questionnaire, rempli par les équipes pendant l'été 2020. Ce questionnaire a été construit autour de trois grandes parties :**

- la première partie portait autour des généralités (type de patientèle, axes du projet de santé),
- la deuxième autour d'un partage d'expérience (une prise en charge réussie et une moins bien réussie),
- et enfin la dernière autour du travail en équipe (la pluri professionnalité, les modes de communication, les réunions de concertation pluriprofessionnelles ...).

➔ **la création d'une fiche de planification à remplir par les équipes avec une fiche protocole (voir annexe).**

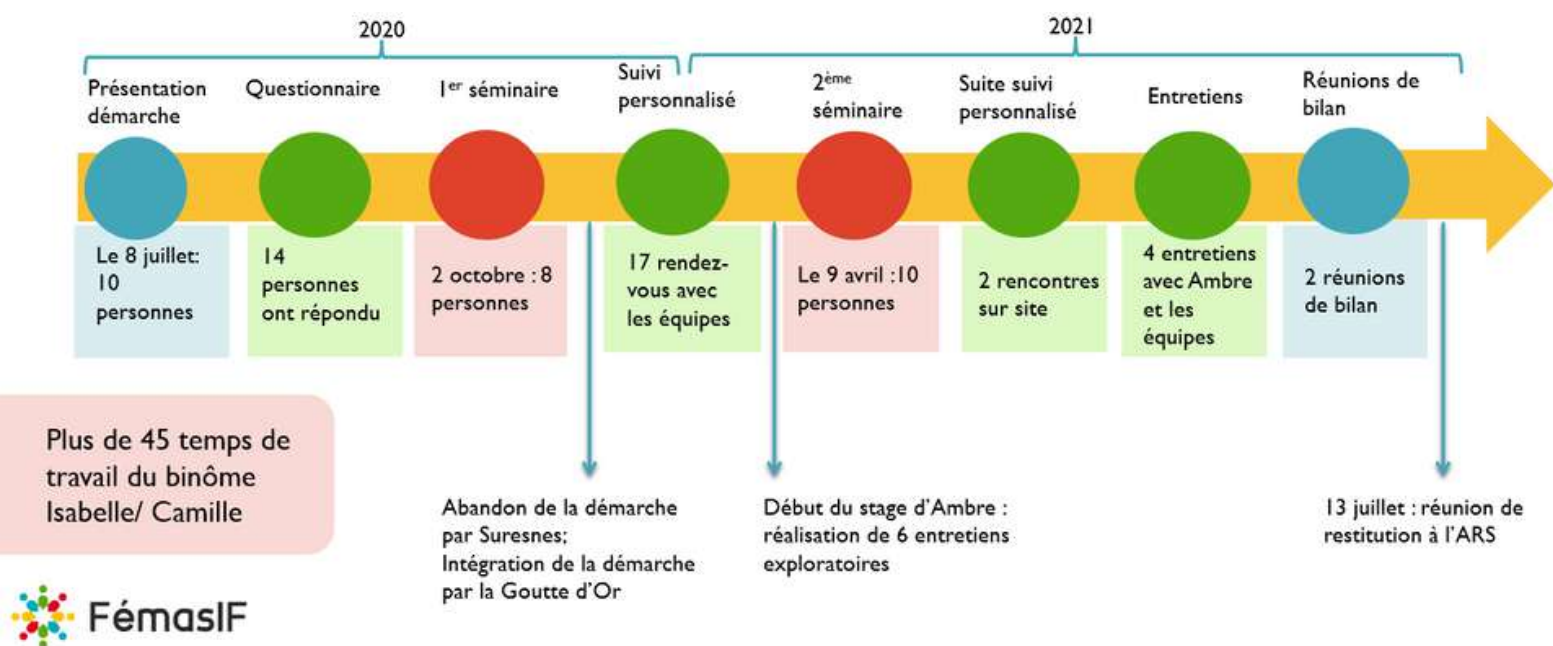
➔ **la création de différents outils de suivi de l'avancée des projets par équipe : un tableau de suivi des réunions et participations, des fiches synthèse par équipe, des recherches d'outils pratiques pour chaque équipe, des questionnaires de suivi trimestriels.**

➔ **la création d'un questionnaire à remplir par chaque équipe après les deux séminaires collectifs.**





Présentation du planning du projet



Etape		Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Groupe de travail (Camille, Isabelle et Ambre à partir d'avril)
15 février - 15 mars	PLAN	Structuration de la démarche et communication auprès des équipes - Mobiliser les équipes - Connaître le logiciel des équipes et leurs caractéristiques, - Désigner le référent au sein de l'équipe.	• Ecriture de la démarche et du programme de l'expérimentation (calendrier, répartition du travail) • Choix des 5 équipes • Détermination de dates de rendez-vous avec les équipes	13 février, 20 février, 28 février
		COVID 15 mars - 15 juin INTERRUPTION PROJET		
15 Juin - 15 septembre	PLAN	Remobilisation des équipes Choix du thème (ou de la situation à améliorer) abordé par équipe Présentation de la démarche et engagement	• Réalisation d'un questionnaire pour aider à choisir un thème par équipe. • Réalisation d'une réunion de présentation de la démarche (8 juillet) • Définition collective du nom du projet. Projet PAQ (projet amélioration de la qualité) • Envoi des résultats des questionnaires à chaque équipe • Préparation du prochain séminaire	12 juin, 18 juin, 2 juillet, 7 juillet, 16 juillet, 2 septembre
15 septembre - 30 novembre	PLAN	Mise en œuvre de la méthodologie pour l'accompagnement de la qualité Organiser un séminaire Planifier un temps de rencontre par équipe Outiller les équipes pour la planification de leur démarche Suite structuration de la démarche Préparer des documents de suivi et d'évaluation du projet, Préparer des outils pour les équipes Faire premiers versements aux équipes	• Organisation d'un séminaire de travail : formation sur la méthode/ présentation du modèle d'amélioration et du cycle PDSA et définition du projet/ définition d'un objectif / définition d'indicateurs / réflexion sur « comment atteindre cet objectif ?, comment faire ? » • Elaboration du document type de planification de la démarche, transmis à chaque équipe • Ecriture de la « planification » de la démarche qualité équipe par équipe comprenant l'organisation du recueil des données, l'échantillonnage, la définition du protocole pluriprofessionnel. • Organisation d'ateliers équipe par équipe pour avancer dans la planification de leur démarche	23 septembre, 28 septembre, 21 octobre, 28 octobre, 4 novembre, 10 novembre, 18 novembre, 20 novembre, 25 novembre
30 novembre - 1 janvier	DO Organisation de la première mesure	Mesure de l'indicateur au temps 0 pour équipe les plus avancées Finalisation de la planification pour d'autres Mise en route dans le projet pour nouvelle équipe Démarrage du travail sur le rapport final	• Rencontres régulières des équipes • Réalisations de fiches équipes • Définition d'échéances pour les mesures	9 novembre, 2 décembre, 16 décembre, 29 décembre

Etape	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Groupe de travail (Camille, Isabelle et Ambre à partir d'avril)
janvier - mars 2021	DO Mise en œuvre des actions planifiées Mesure au temps T1 après 3 mois (fin mars)	Les équipes ont mis en œuvre les actions prévues selon la planification du projet et collecté les données pour la mesure	6 janvier, 13 janvier, 19 janvier, 22 janvier, 27 janvier, 3 février, 8 février, 17 février, 24 février, 2 mars, 3 mars, 10 mars, 17 mars, 24 mars, 31
avril - mai	STUDY <i>Analyse des résultats</i> Organisation du deuxième séminaire avec les équipes (début avril) Démarrage du stage pour Ambre : découverte de la démarche qualité réalisation d'entretiens exploratoires	- Séminaire du 9 avril : présentation des résultats obtenus par les équipes lors du séminaire Échanges et analyses partagées sur ces résultats lors du séminaire et de réunions supplémentaires pour une MSP. - Entretiens exploratoires Ambre: Réalisation de six entretiens exploratoires par Ambre : le Délégué national de AVECsanté, l'experte système d'information de AVECsanté, la coordinatrice régionale de la FémasIF, les deux référentes du département "qualité et pertinence" de l'ARS Ile-de-France, deux chargées de mission de la Fémas Hauts de France, une chargée de mission qualité de la fédération Fémasco, et une chargée de mission du projet ERRAMS de la Fémasco.	7 avril, 14 avril, 16 avril, 21 avril, 5 mai, 19 mai
juin- juillet	ACT <i>Suite analyse des résultats et décision pour la suite</i> Définition d'actions à venir suite à l'analyse des résultats Bilan et perspectives avec les différentes équipes Valorisation du travail réalisé	- Définition d'actions à venir équipe par équipe et discussion sur ce qui est réalisable. - Réunions de bilans et perspectives avec deux équipes. - Interview menés par Ambre avec les quatre équipes pour avoir leur ressenti sur la démarche et des pistes d'amélioration. - Valorisation du travail : mise en lien d'une équipe avec une journaliste pour un article, invitations à la journée régionale de la FémasIF.	4 juin, 16 juin, 23 juin, 24 juin, 30 juin, 5 juillet, 13 juillet



MISE EN OEUVRE DU PROJET DANS LES MSP ET RÉSULTATS

20 *MSP de Torcy*

25 *MSP de la Celle St Cloud*

27 *MSP de Pyrénées Belleville*

29 *MSP de la Goutte d'Or*

30 *MSP de Suresnes*

MSP de Torcy



La MSP de Torcy souhaitait améliorer le travail en équipe au sein de leur MSP. Au départ le choix s'était porté sur un acte de prévention mais le contexte de pandémie COVID-19 a modifié ce choix.

La pandémie de COVID-19 a confronté les soins primaires à des défis sans précédent : il fallait prendre en charge, informer, accompagner, dépister, et vacciner les patients, tout en assurant les soins habituels.

Pour lutter contre l'épidémie et assurer la sécurité des soins, l'enjeu était aussi de se protéger, protéger les collègues, et protéger l'ensemble des patients du virus. Cette pression exercée par la pandémie a modifié le projet et son objectif de départ tout au long de l'année 2020 – 21.

L'équipe de la MSP de Torcy a choisi de porter son attention sur ce qu'ils vivaient et donc la pandémie de Covid-19 en regardant plus particulièrement les nouvelles tâches et les modifications d'organisation induites par la pandémie.

Le choix s'est ainsi porté sur la participation à une enquête européenne, l'étude PRICOV-19, qui explorait la réponse apportée par les structures de soins primaires de 37 pays européens aux défis organisationnels et humains posés par la pandémie de COVID 19*.

Comment la MSP de Torcy a-t-elle fait face ? Comment l'équipe a-t-elle vécu cette période ?

La démarche s'est alors organisée en plusieurs étapes :



1. la réponse des membres de l'équipe à une partie du **questionnaire PRICOV 19** découpé en deux parties et à un questionnaire complémentaire aux questions plus ouvertes réalisé par la coordinatrice,
2. deux **réunions de travail** de l'équipe constituant des moments clés de mise en cohésion collective de l'équipe,
3. la **sélection des points ou modes d'organisation** pour lesquels l'équipe souhaite mettre en œuvre un changement ou approfondir une question

Au total 12 professionnels sur 21 ont répondu au questionnaire pour la première partie et 11 pour la deuxième. Les deux parties ont été traitées au cours de deux réunions distinctes. La partie 1 du questionnaire portait sur les aspects organisationnels tandis que la deuxième portait davantage sur la dimension humaine.

* Cette enquête, portée en France par la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), est à ce jour en cours d'analyse des résultats.



ASPECTS ORGANISATIONNELS



ADAPTATION AUX RISQUES INFECTIEUX

- La MSP a mis en place des changements dans son organisation pour faire face aux risques infectieux de la population et des professionnels de santé de son équipe.
- Les personnes qui ont répondu au questionnaire ont confiance dans l'utilisation d'un protocole de réponse téléphonique élaboré au sein de la MSP.
- La MSP de Torcy s'est adaptée aux nouvelles conditions exigées par la pandémie : les membres du personnel sont plus impliqués dans le triage, dans l'information des patients et sont un relais de la parole des professionnels de santé. Leurs rôles ont changé depuis la pandémie selon l'ensemble de la MSP.
- Ils ne se sentent pas très impliqués pour joindre les patients qui risqueraient de reporter leurs soins.
- Les personnes qui travaillent dans la MSP ne sont pas laissées seules lorsque la situation qu'il rencontre leur pose problème.



INITIATIVES DEPUIS LA PANDÉMIE

- Des initiatives en faveur de l'amélioration de la qualité des soins, notamment pour des groupes de patients vulnérables, ont été prises depuis la pandémie de COVID-19, mais de façon variable et pas toujours coordonnée entre les membres de la MSP.
Par exemple, la moitié des membres de la MSP a pris contact avec des patients atteints d'une maladie chronique pendant la pandémie, mais la liste de ces patients n'a pas été réalisée.
 - Les membres de la MSP ont été majoritairement attentifs au risque de problèmes financiers rencontrés par les patients et ces derniers leur en ont parlé spontanément.
 - Par contre, ils n'ont majoritairement pas pris contact avec les patients psychologiquement vulnérables ou ayant connu des problèmes de violences familiales, n'ont pas été interpellés par ces derniers et n'ont pas été directement actifs sur ces questions.
- Le questionnaire a permis aux professionnels de santé de faire ce constat et ils ont choisi d'y travailler particulièrement dans le futur.**



GESTION DE L'INFORMATION

- Depuis la pandémie une majorité note une augmentation du temps dédié, inscrit à l'avance sur l'agenda pour l'étude des recommandations.
 - De même la fréquence des réunions organisées pour discuter des directives actuelles, nouvelles ou modifiées a augmenté vers un rythme hebdomadaire et 9 personnes sur 12 l'ont bien noté.
- Cela constitue un résultat important pour la MSP de Torcy : **la MSP s'est organisée pour améliorer la gestion de l'information et au cours de la séance de travail, les participants ont exprimé leur souhait d'approfondir davantage ce thème.**





DIMENSION HUMAINE

Partie	Affirmation	Résultat
les coopérations professionnelles	les professionnels considèrent qu'un relai est pris au sein de la structure si un collègue quitte la structure	oui 10/11
	les professionnels considèrent que les incidents concernant la qualité des soins peuvent se discuter au sein de la structure	oui 9/11
le soutien apporté aux membres de la MSP pour faire face aux défis de la pandémie -rôle du gouvernement	les professionnels pensent que les directives du gouvernement ont menacé l'organisation de la structure	oui 7/11
	les professionnels pensent que les directives du gouvernement ont menacé le bien-être des professionnels de la MSP	oui 8/11
l'impact sur la santé au travail au sein de la MSP - comment votre structure permet-elle de préserver la santé ou le bien-être des membres du personnel depuis la pandémie du Covid-19?	Des téléconsultations ont été organisées	oui 10/11
	Des changements structurels de la zone d'accueil ont été réalisés	oui 9/11
	Un triage des patients avant leur entrée dans la structure est organisé	oui 8/11
	la structure a renforcé les pratiques de prévention du risque infectieux	oui 8/11
	Le nombre de patients en salle d'attente est limité	oui 6/11
	Des prescriptions électroniques sécurisées ont été réalisées	non 6/11
	Des changements de pratique de renouvellement de prescription ont permis une moindre fréquentation de la structure	non 8/11
L'impact sur la santé au travail au sein de la MSP	Depuis le début de la pandémie, combien de membres de l'équipe ont dû s'absenter en raison de la COVID-19 ?	les réponses ont varié entre 2 à 6 personnes

Partie	Affirmation	Résultat
La coopération au sein de la MSP et dans le territoire (Si un membre de votre structure est absent à cause de la COVID...)	les professionnels pensent que le travail peut être réparti entre les personnes qui sont présentes dans la structure	oui 8/11
	les professionnels pensent qu'il n'y a pas d'aide à attendre des autres structures du territoire	la plupart
	les professionnels pensent que la pandémie n'a pas favorisé la coopération entre les structures de soins primaires	la majorité
L'impact sur la santé au travail - risque de burn out mesuré par le mayo-clinic well-being index	Ont ressenti un état d'épuisement en rapport avec le travail	9/11
	Ont eu l'impression que tout ce que qu'ils avaient à faire s'accumulait de sorte que cela semblait insurmontable	6/11
	ont été dérangés par des problèmes émotionnels (comme un sentiment d'anxiété, de dépression ou d'irritabilité)	6/11
	ont craint que le travail ne les endurcissent émotionnellement	5/11
	Leur santé physique a diminué leur capacité à effectuer leur travail quotidien à la maison et/ou en dehors de la maison	5/11
	se sont souvent sentis déprimés, abattus ou désespérés	5/11
	Se sont endormis alors qu'ils étaient inactifs dans un lieu public	2/11

Les deux réunions ont eu lieu en présence de la FémasIF pour analyser les résultats de ce questionnaire et dégager les points suivants :

- la MSP de Torcy a mis en œuvre de nombreux changements organisationnels pour s'adapter au risque infectieux et répondre aux besoins de sa patientèle.
- les membres de l'équipe ont confiance en leur capacité de coopération au sein de la structure mais cette coopération n'existe pas entre structures de soins primaires du territoire. Ils ont également confiance en leur capacité de parler de ce qui ne va pas au sein de la structure.
- il y a eu une adaptation réelle de la structure au risque infectieux de la pandémie et une prise de conscience des changements permettant de préserver leur santé et leur bien-être.
- la pandémie représente une menace pour la majorité des répondants et la menace a clairement porté sur le bien-être des professionnels. Il existe un impact fort de la pandémie sur la santé au travail dans la MSP. Si la majorité des répondants trouvent beaucoup de sens dans leur travail et encore plus depuis la pandémie, ils sont 80% à ressentir un état d'épuisement dont il est nécessaire de tenir compte.

Trquestions intéressent de façon prédominante les participants à la démarche et feront l'objet d'un travail complémentaire :

- La question des violences familiales subies depuis la pandémie de COVID-19 et la réponse que les membres de la MSP pourraient y apporter collectivement
- La question du travail en pluriprofessionnalité et de la dynamique collective au sein de la MSP
- La réponse à apporter collectivement à l'agressivité croissante rencontrée par des membres de la MSP dans leur exercice professionnel et contributive de l'état d'épuisement

MSP de La Celle Saint Cloud



La MSP de la Celle St Cloud, une MSP jeune créée en 2019, a choisi de travailler sur la vaccination contre la grippe saisonnière et décidé de mettre en œuvre des actions d'amélioration des soins de prévention contre la grippe au sein de la population à risque dans la patientèle de la MSP (65 ans et plus, ALD).

La Celle St Cloud s'est donné pour objectif précis et ambitieux d'améliorer la vaccination contre la grippe saisonnière au sein de leur patientèle et d'atteindre un taux de vaccination de 75% de la population à risque de la patientèle de la MSP (65 ans et plus, certaines ALD).

L'indicateur était formulé de la façon suivante :

- Nombre de patients cibles vaccinés / nombre de patients cibles de la patientèle médecin traitant.

Plusieurs pistes ont été explorées pour mesurer le niveau d'atteinte de l'objectif :

- les données de l'Assurance Maladie transmises au travers des ROSP pour l'année 2019 - 20 et l'année 2020 - 21
- les données présentes dans le fichier patient des MG de la MSP
- les données de participation à la vaccination des nouveaux acteurs que sont les pharmaciens ou les infirmières

La MSP souhaitait également recueillir les événements de non disponibilité du vaccin pour la patientèle en général compte tenu de la spécificité de l'année 2020 avec la pandémie COVID et l'effet attendu de demande de vaccination contre la grippe.

Afin de remplir ces objectifs, plusieurs actions ont été mises en œuvre :

- une permanence de vaccination a été mise en place et assurée par les infirmières.
- un rappel par SMS ou mail des patients à risques pour les inviter à se faire vacciner
- un outil informatique sous la forme d'un tableau de suivi apparaissant à l'ouverture des dossiers des patients
- un contact a été pris avec les pharmaciens pour optimiser la démarche

Les deux référentes de la MSP auprès de la FémasIF ont recueilli les données nécessaires pour déterminer la couverture vaccinale de la patientèle des trois médecins généralistes de la MSP. Elles étaient aussi chargées de rappeler par SMS ou mail les patients concernés et de les inciter à venir à la permanence vaccination mise en place.

Les résultats obtenus par un des médecins de la MSP sont les suivants fin décembre 2020 :

- 799 patients MT à ce jour
- 84 patients pris en charge en ALD
- 59 patients en ALD pour lesquelles la vaccination grippale est recommandée/84 patients ALD
- 21 patients ALD vaccinés (après appels téléphoniques jusqu'au 04/12/20 sans avoir obtenu la réponse de tous les patients contactés)/59 patients en ALD à vacciner soit 36%
- 43 patients de +65 ans
- 24 patients de +65 ans vaccinés / 43 soit 56%.

Ces chiffres correspondent aux données brutes obtenues par un des médecins de l'équipe de la Celle Saint Cloud. Néanmoins nous n'avons pas pu obtenir des données plus précises et celles-ci sont incomplètes.

L'équipe de la MSP n'a acquis le logiciel WEDA que depuis 2019. L'inscription, le recueil et l'analyse des données vaccinales pour un outil nouveau ont été des tâches très consommatrices de temps et d'énergie pour cette jeune équipe.

Le projet a été évoqué plusieurs fois en réunion d'équipe et a fait l'objet d'une réunion en équipe. Une aide informatique a été apportée par un MG utilisateur du logiciel médical de la MSP.

Les deux personnes impliquées dans le projet ont rencontré plusieurs difficultés :

- un écueil souvent rencontré dans ce type de projet est la perte de temps et d'énergie mise dans la mesure davantage que dans l'amélioration de la qualité,
- la "concurrence" entre pharmaciens et IDE autour de la vaccination (la permanence vaccination était portée par les IDE) et l'absence de coordination et de communication entre les acteurs de la vaccination,
- la démobilisation de l'équipe qui a résulté de l'impression de manque d'efficacité et de l'épuisement des personnes référentes.

Les membres de l'équipe sont dans l'attente des données issues de l'Assurance Maladie sur la couverture vaccinale contre la grippe dans cette année particulière de pandémie de COVID 19. En somme, cette expérimentation a montré que l'amélioration de la couverture vaccinale au sein d'une patientèle passe par une coordination renforcée avec les pharmaciens du territoire et une utilisation harmonisée d'un système d'information partagé pour un meilleur traçage des données de vaccination.

MSP de Pyrénées-Belleville

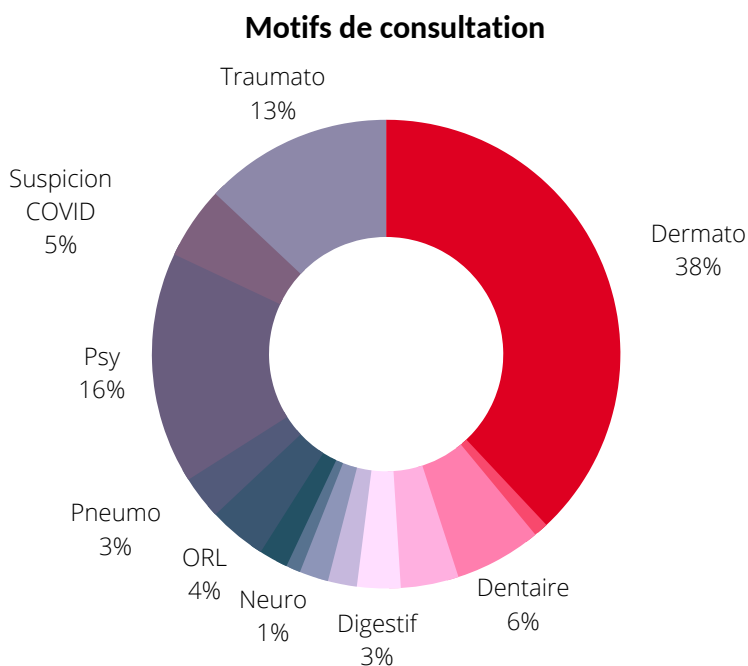


Le pôle de santé des Envierges dont fait partie la MSP de Pyrénées Belleville a décidé d'améliorer la prise en charge des affections dermatologiques des jeunes lors de leur passage au point d'accueil écoute jeunes (la PAJ).

L'équipe du pôle de santé participe en effet depuis un peu plus d'un an à un point d'accueil écoute jeune (la PAJ) qui reçoit des jeunes de 12 à 25 ans (en pratique de 15 à 22 ans).

Les jeunes vivant dans la rue (SDF migrants) y viennent sans rendez-vous pour une douche, un petit-déjeuner, un suivi social. Deux fois par semaine, ils ont également la possibilité de consulter des professionnels de santé.

Les jeunes venant à la PAJ présentent divers problèmes de santé, notamment des problèmes dermatologiques (38% des consultations en 2020).



Graphique présenté par la MSP suite à leur recueil de données

Pour améliorer la qualité des soins dermatologiques au niveau de la PAJ, les objectifs de ce projet sont les suivants :

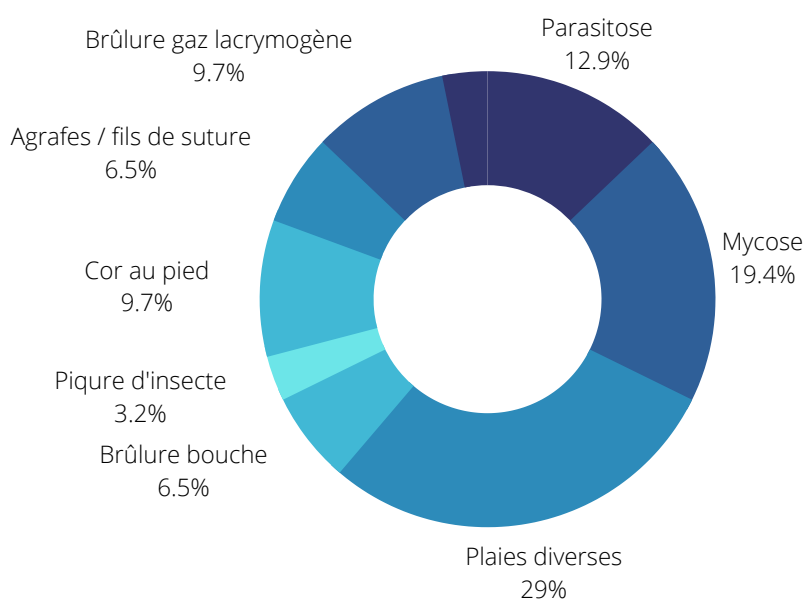
- Améliorer l'accès pour les jeunes à des soins médicaux et podologiques par la mise en place de consultations médicales et podologiques à horaires fixes et réguliers à la PAJ (plus facilement identifiables pour les jeunes).
- Améliorer la qualité des soins en termes d'efficacité (guérison, problème résolu) par la mise en place de protocoles de soins infirmiers et pluriprofessionnels pertinents et définis en équipe

L'équipe a développé un outil de suivi des patients sous la forme d'un tableau de recueil de données sur les jeunes patients aux consultations. Pour s'assurer de l'état de guérison du patient, un appel téléphonique à J+7 au jeune était effectué par un membre de l'équipe.

31 patients ont consulté entre le 1er janvier et 31 mars 2021 pour un problème dermatologique, 29 hommes et 2 femmes entre 15 et 25 ans. Sur les 31, 25 jeunes ont été inclus, soit 80,65%. Les jeunes exclus de l'étude n'ont pas de téléphone et ne sont pas joignables à la PAJ ou ne parlent pas du tout français. Ces 25 jeunes ont reçu les soins adaptés à leur situation en suivant les bonnes pratiques professionnelles et les protocoles existants. 19 sur les 25 jeunes, soit 76% des jeunes inclus ont pu être évalués à J7. 6 n'étaient pas joignables. Sur ces 19 jeunes, 13 d'entre eux ont atteint l'objectif de soins fixé (68,42%) ou sont guéris à J7.

Les motifs de consultation en dermato étaient variés, certains étaient attendus (parasitose, mycose), d'autres ont surpris (10% des consultations sont liées à des brûlures par gaz lacrymogène).

Répartition des motifs de consultation dermato (avant inclusion)



Graphique présenté par la MSP suite à leur recueil de données

- Le suivi téléphonique à J+7 a permis l'évaluation de l'efficacité des soins dermatologiques mais a représenté une procédure d'évaluation coûteuse en temps.
- Cette expérimentation a permis une prise en conscience de l'impact de la précarité et de la vie dans la rue sur la santé de jeunes de 15 à 22 ans.

L'analyse des résultats a permis à l'équipe du pôle de santé de prendre plusieurs décisions confirmant l'utilité de l'approche "Aller vers" :

- Avoir du matériel à disposition sur place : développement d'un kit de soins distribuables aux patients ou mise en place d'une PASS Pharmacie.
- Étendre le projet à d'autres problématiques de santé observées à la PAJ, par exemple en santé mentale.
- Communiquer autour de l'observation de cas de brûlures par gaz lacrymogène chez ces jeunes et en déterminer les causes.

MSP de la Goutte d'Or



La MSP de la Goutte d'Or a cherché à prévenir les ruptures ou réparer les parcours de soins des **personnes menacées par la précarité**.

La population cible était constituée des patients dont les médecins traitants de la MSP de la Goutte d'Or repéraient un risque de "basculer" dans la précarité faisant obstacle à la bonne mise en œuvre des soins nécessaires et recommandés.

L'intervention consistait en l'amélioration du suivi du patient par la **mise en œuvre d'une fiche de liaison** au sein de la consultation "précarité". Cette consultation pluriprofessionnelle est menée par une infirmière Asalée, une médiatrice en santé et deux psychologues. Il s'agissait de mener pour chaque patient :

1. une analyse de la situation globale par une équipe pluri-professionnelle notée dans un document de synthèse qui chemine entre les professionnels,
2. une hiérarchisation des actions à proposer au patient et une prise de décision concertée,
3. la mise en œuvre et le suivi des actions et des soins,
4. l'élaboration d'un bilan des actions intégré dans le dossier médical du patient.

La fiche de liaison avait vocation à être remplie par chaque professionnel au cours de chaque consultation du patient, permettant ainsi d'assurer une meilleure coordination entre les professionnels de santé de la consultation précarité. L'objectif opérationnel consistait à améliorer la visibilité de l'action de chaque professionnel de santé sur chaque situation de patient et de développer la communication au sein de l'équipe.

Ainsi, cette fiche papier s'ajoutait au dossier du patient et était consultable par tous les professionnels. Toutes les fiches sont rassemblées au sein d'un même cabinet médical. Les informations étaient ensuite résumées par les deux référentes sur le logiciel utilisé principalement par les médecins.

Entre mars et avril 2021, les référentes ont pu reprendre l'étude de 84 dossiers sur 195 ouverts sur la période 2020-2021. 76 dossiers sur 84 étaient complets.

L'analyse des résultats met en valeur plusieurs points d'attention :

- il a été difficile de faire participer les psychologues au projet de mise en place des fiches de liaison. Elles communiquent difficilement par écrit avec les autres professionnels de santé,
- le projet a été très chronophage pour les deux référentes, car elles étaient pratiquement seules en charge de celui-ci,
- l'utilisation des fiches de liaison a permis d'actualiser les dossiers et de recontacter des patients qui s'écartaient progressivement du parcours de soins,
- ces fiches ont donné une meilleure visibilité de la situation des patients en consultation précarité aux médecins .

L'analyse plus fine des fiches de liaison et des activités menées auprès des patients est toujours en cours et fera l'objet d'un séminaire en août 2021.

L'équipe poursuit sa démarche d'amélioration de la qualité du parcours de soins et de prévention des ruptures de soins pour les patients à risque de précarité.

MSP de Suresnes



Les professionnels de la maison de santé de Suresnes ont assisté au lancement du projet d'amélioration de la qualité. Cependant, ils se sont rendus compte dès le démarrage qu'ils n'auraient pas les ressources humaines nécessaires pour s'investir correctement dans la démarche. Ainsi, le projet s'est arrêté avant la phase de définition d'un objectif et de mesure.

Néanmoins, l'équipe a rempli le questionnaire initial, qui a montré une bonne ouverture territoriale de la maison de santé, une habitude de travail en équipe autour de cas patients et un besoin de structuration de l'exercice coordonné (volonté de créer des protocoles pluriprofessionnels).

Divers facteurs ont motivé la décision de l'équipe :

- la mise en place de la CPTS sur le territoire, qui a demandé beaucoup d'investissement aux professionnels de la structure,
- le contexte de la pandémie du COVID-19 a induit une grande mobilisation des professionnels dans le dépistage puis la vaccination.

Pour autant, l'équipe de Suresnes a la volonté d'approfondir son travail en pluriprofessionnalité dès que le moment sera plus opportun, laissant présager de nouvelles perspectives de collaboration à venir avec la FémasIF.



ANALYSE ET SYNTHÈSE DU PROJET

- 32 *La vision de la FémasIF sur l'implication des professionnels dans la démarche qualité et sur le déroulé du projet*
- 35 *Regards sur l'accompagnement et la méthode privilégiés par la Fémasif*
- 36 *Quelles perspectives suite au projet pour la mise en œuvre du concept de la démarche qualité ?*

L'implication des professionnels dans la démarche qualité et dans le déroulé du projet vue par la FémasIF

La participation au projet a fait l'objet d'un engagement mutuel de la part des équipes et de la FémasIF. Les conditions de cet engagement, proposées dans l'appel à candidature, ont été rappelées lors de la visio-conférence de présentation en juillet 2020.

Engagement des équipes	Engagement de la FémasIF
• S'engager en équipe et désigner un référent du projet • S'engager à la mise en œuvre d'une méthode d'amélioration de la qualité des soins • S'assurer de la disponibilité de deux personnes de l'équipe pour participer aux séminaires présentiels • S'engager à être accompagné par webinars, entretiens téléphoniques et rencontres sur site • S'engager à communiquer le projet de santé • À la fin de chaque étape, remplir un petit questionnaire de suivi du projet qui sera envoyé	• Former à la méthodologie grâce à l'intervention d'une experte sur la qualité, Dr Isabelle Dupie, médecin généraliste, SFTG • Accompagner la mise en œuvre de la démarche • Avoir le soutien ponctuel d'experts techniques ayant une bonne connaissance des logiciels • Soutenir la valorisation de la démarche de l'équipe (présentation des résultats lors de notre journée régionale, indemnisation des référents par équipe) • Forfait de 1800 euros par structure participante pour un an, octroyé étape par étape.

Quatre équipes sont engagées dans la démarche qui a démarré début juillet 2020, au sortir de la « première vague » du COVID 19 : MSP Pyrénées Belleville (75020), MSP La Celle Saint Cloud (78), MSP Suresnes (92), et MSP Torcy (77).

Une équipe a rejoint le projet en novembre 2020 : il s'agit de l'équipe « Pôle de santé Goutte d'Or », du 18ème arrondissement de Paris.

Chaque maison de santé a désigné deux référents pour suivre le projet.

Au total ce sont vingt-trois personnes qui sont impliquées dans ce projet. Les profils sont les suivants :



Médecin généraliste 9 personnes
 Coordinatrice 4 personnes
 (dont une coordinatrice également secrétaire médicale,
 une également psychologue et une également
 orthophoniste)
 IDE 4 personnes
 Représentant d'usagers 1 personne

Médiatrice 1 personne
 Psychologue 1 personne
 Diététicien 1 personne
 Orthophoniste 1 personne
 Podologue 1 personne

Selon les réponses obtenues aux différents questionnaires trimestriels, les équipes ont déclaré avoir passé entre 6 et 32 heures de travail sur le projet qualité par trimestre.

Les principales activités décrites par les équipes ont été : répondre au questionnaire, participation aux réunions, réalisation de comptes-rendus des échanges, recherche d'information, communication à l'ensemble de l'équipe, adaptation des outils existants pour intégrer les données nécessaires à l'évaluation de la démarche qualité.

1- Équipe Goutte d'Or :

L'équipe de la Goutte d'Or a démarré le projet plus tardivement que les autres, au mois de décembre 2020. Nous avons donc engagé avec eux une procédure "accélérée" et les étapes prédéfinies ont été adaptées. Ainsi, le questionnaire rempli par les équipes à l'été 2020 a été substitué par un entretien oral. En outre, l'analyse de l'état des lieux initial avec le SEPO a pu être réalisée en accompagnement individuel.

Le projet de la Goutte d'Or portait avant tout sur un besoin d'amélioration de l'organisation de la "consultation précarité". Les objectifs étaient donc dans un premier temps d'ordre structurel. Le travail collaboratif avec des personnes extérieures a été apprécié par nos interlocutrices, de même que les différents rendez-vous, qui permettaient de rythmer la réflexion et l'avancée sur le projet.

2- Équipe La Celle Saint Cloud :

L'équipe de La Celle Saint Cloud est une équipe récemment créée, composée de jeunes professionnels motivés. Nos interlocuteurs durant la démarche ont été un médecin généraliste et la coordinatrice. Très organisés, les professionnels de santé ont toutefois été confrontés à des difficultés de communication interne et externe. Des réunions d'échanges avec l'ensemble de l'équipe pour parler du projet et faire le point sur la permanence vaccinale ont manqué.

L'accompagnement de la FémasIF a répondu à une demande d'apport méthodologique et technique. Ainsi, la fiche "planification", élaborée ensemble a permis de mieux structurer les objectifs du projet et d'en définir les indicateurs à observer. Des conseils plus "techniques" sur les méthodes de requête via le système d'informations partagés ont pu être donnés par l'expert en système d'information WEDA repéré.

Le choix de la thématique (vaccination de la grippe) a aussi été difficile à analyser au regard de la situation extrêmement spécifique sur l'année 2020 - 2021. En outre, selon les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la crise sanitaire a permis une augmentation de la couverture vaccinale anti-grippe chez les patients âgés de 65 ans et plus de 7,8 points par rapport à l'hiver 2019-2020. L'augmentation s'élève à 6 points pour les patients à risque. Cela s'est traduit par une courte phase de rupture de stocks de vaccins à la fin de l'année 2020 et a induit de l'incertitude pour les professionnels de santé dans la réalisation du projet et de la permanence vaccinale.

Une grande disparité dans l'implication des professionnels au sein de la MSP et par conséquent du projet PAQ a été notée. Tandis que nos interlocuteurs faisaient preuve d'un surinvestissement pour entretenir la dynamique de groupe, d'autres personnes ont été de réels freins et ont contribué à l'épuisement de leurs collègues.

3- Equipe Pyrénées Belleville :

L'équipe de Pyrénées Belleville est une équipe historiquement implantée dans le 20ème arrondissement de Paris, avec une grande maturité et une dynamique de travail pluri professionnelle solide. La participation de cette équipe au projet qualité a été évidente et naturelle. Conscients de leur dynamisme, ils ont souhaité entrer dans la démarche dans l'optique de donner à voir et valoriser leurs actions. Nos interlocuteurs étaient entre deux et quatre personnes parmi lesquels un représentant d' usagers de la maison de santé. La communication envers le reste de l'équipe a été fluide et efficace, les délais ont été systématiquement respectés et les résultats largement parlants. Cette équipe, très autonome, a nécessité un accompagnement assez léger avec peu de rendez-vous. Les apports de la FémasIF ont concerné les aspects méthodologiques et de planification.

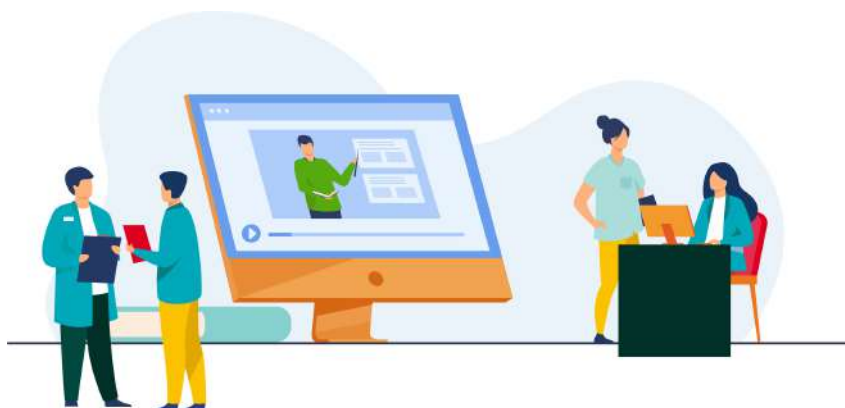
4- Equipe Torcy :

La MSP de Torcy est une maison de santé universitaire située en zone déficitaire pour ce qui est de l'accès à un médecin généraliste et aux soins. La tension existante sur la démographie médicale n'a laissé que peu de répit aux professionnels de cette maison de santé. À ce contexte tendu s'est ajouté celui de la crise sanitaire. L'implication de la maison de santé dans le projet PAQ a été fortement impactée par ce contexte exogène difficile. Ainsi, différentes phases ont été observées tout au long de l'année : une pause de deux mois a eu lieu à mi-année, tandis que les dernières semaines ont été marquées par une vraie dynamique d'accélération de l'implication des professionnels. Toutefois, la MSP a fait preuve d'adaptabilité et a préféré concentrer son énergie sur une thématique d'actualité en temps de COVID et a renoncé à se pencher sur la thématique de la vaccination de la rougeole, choisie au démarrage. L'implication de l'ensemble des membres de l'équipe s'est révélée plus compliquée que prévue. Cela a révélé une nécessité de consolidation du travail en pluriprofessionnalité et en groupe.

Regards sur l'accompagnement et la méthode privilégiés par la Fémasif

L'accompagnement a été particulièrement marqué par la crise sanitaire. **Le suivi des équipes s'est majoritairement déroulé par visioconférence**, méthode perçue différemment selon les équipes :

- Certains n'ont pas perçu de différences dans l'accompagnement et la qualité des échanges avec ce changement de méthode.
- D'autres déplorent le manque de contact plus « indirect » avec les autres équipes qui a normalement lieu en parallèle des séminaires et qui permet de favoriser les échanges sur un plus long terme.
- Le format « visio » pendant une journée lors du séminaire a limité les temps de concentration et d'intérêt des participants par rapport au format présentiel.



La pandémie a fortement marqué le projet d'amélioration de la qualité. L'interaction avec les équipes en a été altérée. Il a été difficile de motiver les équipes à certains moments car le projet n'était plus la priorité de la MSP, les professionnels ressentaient une grande fatigue en lien avec la surcharge de travail créée par la pandémie. Celle-ci a également modifié l'objectif de certaines des démarches qualité débutées par les MSP participantes : la COVID 19 a été la thématique de certaines des démarches.



L'accompagnement proposé par la Fémasif a permis aux équipes de se définir des temps pour mener à bien des projets qu'elles souhaitent mettre en place. Le projet a été structuré par ce calendrier. L'accompagnement a aussi donné la possibilité aux équipes d'apprendre à maîtriser plusieurs outils pour mener une démarche qualité.

Quelles perspectives suite au projet pour la mise en œuvre du concept de la démarche qualité ?

L'expérimentation PAQ et la méthode utilisée (le modèle d'amélioration) ont mis en lumière un certain nombre de **préalables nécessaires à la mise en place d'une démarche qualité** au sein d'une MSP :

- une équipe qui a la **volonté de travailler en pluriprofessionnel** au quotidien :
 - un temps suffisant accordé par les membres de l'équipe à la réflexion collective,
 - une bonne communication et organisation interne,
 - une bonne utilisation du système d'information partagé
- une **équipe pérenne** et mobilisée pour travailler dans la durée,
- la volonté de **définir un projet** d'amélioration de la qualité connu de toute l'équipe, fédérateur et accepté de tous,
- la décision prise par une équipe de **dédier le temps nécessaire** à la démarche,
- une équipe qui se sent capable de **se remettre en question** et accepter de prendre en compte un regard extérieur à la MSP

Ces critères sont fondamentaux pour la bonne appropriation des outils et de la méthodologie proposés par la FémasIF.



Le degré de mobilisation de l'équipe

La mobilisation des équipes se mesure à travers le niveau de participation de leurs membres aux différentes étapes de l'expérimentation. Le nombre de réponses aux questionnaires, la participation aux journées et points d'échanges avec la FEMASIF, aux réunions au sein de la MSP nous ont apporté des indications sur ce niveau de participation. Elle permet de se rendre compte assez rapidement des chances de succès et d'éviter que le projet ne repose que sur quelques personnes. Lorsque les référents du projet au sein de la MSP n'avaient pas l'espace ou le temps de partager les avancées ou les freins au projet avec les autres membres de la MSP et de plus les impliquer, le plan depuis le choix de la situation à améliorer jusqu'à la mise en œuvre des actions d'amélioration peinait à être suivi. La conséquence était un découragement et un ressenti d'épuisement. S'en rendre compte assez rapidement dans la démarche permettrait de proposer une autre méthode si l'équipe ne paraît pas suffisamment mobilisée.

La répartition des tâches au sein de l'équipe

Les points d'attention pour les futures mises en place de démarches qualité se concentrent principalement sur l'existence d'un leadership et la dynamique d'équipe au sein de la MSP : répartition des tâches en interne, gouvernance partagée, place du coordinateur ... En effet, on constate que lorsque la dynamique d'équipe est trop faible, la charge de travail repose souvent sur la personne coordinatrice de la MSP uniquement, qui se trouve en difficulté face à la surcharge de travail importante et la difficulté à réunir l'équipe autour du projet.

Ainsi, un futur accompagnement par la Fémasif aux MSP devra, pour être pertinent, être un accompagnement :

- **flexible et individualisé** tout en proposant un cadre méthodologique à l'équipe : la Fémasif pourra proposer une méthodologie prenant en compte les spécificités de chaque équipe,
- différencié **selon le niveau de maturité** de la structure qui pourrait faire l'objet d'un diagnostic préalable de la dynamique d'équipe présente,
- **fédérateur** de l'ensemble de l'équipe de la MSP

Diverses approches ou méthodes pourraient être proposées allant d'une démarche basée sur la matrice de maturité, à des formations/actions axées sur le travail en équipe ou la communication, jusqu'au modèle d'amélioration de la qualité testé lors de cette expérimentation.

CONCLUSIONS

La démarche qualité en équipe de soins primaires en est encore à ses débuts. Les professionnels de santé pour la plupart de culture libérale n'ont pas eu de formation à l'amélioration de la qualité ou au travail en équipe pluri-professionnelle. Ils sont le plus souvent très investis dans leur métier et ont une réelle envie de "bien faire".

Le projet PAQ est une des premières expérimentations. Il apparaît essentiel que son analyse et les perspectives qui en découlent soient présentées, partagées, discutées au sein des MSP accompagnées par la FémasIF mais également au-delà du territoire de l'Ile-de-France, pour qu'une mutualisation autour de cette thématique de la démarche qualité soit développée et que les spécificités de la médecine de ville et plus spécifiquement des MSP sur ce sujet bénéficient d'une plus grande visibilité dans la mise en place de futures politiques publiques.



ANNEXES

Liste de documents annexes :

- Liste des entretiens réalisés par Ambre
- Convention avec l'ARS Ile-de-France
- Fiches planification proposée aux équipes

Liste des entretiens réalisés par Ambre LE RAY, dans le cadre de son stage à la FémasIF sur le projet PAQ

Entretiens exploratoires :

- le 13/04/2021 : Hugo TIFFOU, délégué national, fédération AVECsanté,
- le 14/04/2021 : Anne GUILBERTEAU, coordinatrice régionale,
- le 19/04/2021 : Sara KAMRAN et Sandrine BUSCAIL, ARS Ile-de-France, département qualité et pertinence des soins,
- le 22/04/2021 : Adeline DUBROMEL et Bertille CODRON, chargées de mission à la femas Hauts de France,
- le 29/04/2021 : Chloé MARTIN et Céline VÄNÄÄNEN, chargées de mission à la Fémasco-Bfc,
- le 24/06/2021 : Florence MARECHAUX, experte en système d'information partagé, fédération AVECsanté.

Entretiens semi-directifs :

- le 07/05/2021 : Marine LEGROS, médiatrice à la MSP de la Goutte d'Or, Danièle SENE, infirmière à la MSP de la Goutte d'Or,
- le 19/05/2021 : Clémence KOUADIO, coordinatrice MSP La Celle Saint Cloud,
- le 20/05/2021 : Mady DENANTES, médecin généraliste à la MSP Pyrénées Belleville, Marie KARSENTY, coordinatrice à la MSP Pyrénées Belleville, François LERAYMOND, infirmier à la MSP Pyrénées Belleville, Flora MOTTAIS, interne à la MSP Pyrénées Belleville, Rémi BOUBAT, usager de la MSP Pyrénées Belleville,
- le 07/05/2021 : Jean-Luc WEILER, Médecin généraliste à la MSP de Torcy et Nawel TIBERGUEMENT, coordinatrice MSP de Torcy
- le 06/07/2021 : Camille RODRIGUEZ, chargée de mission à la fémasif
- le 07/07/2021 : Isabelle DUPIE, médecin généraliste, experte méthodologique qualité sur le projet PAQ

**CONVENTION
AU TITRE DU FONDS D'INTERVENTION REGIONAL (FIR)**

C2019DOSVH222

Identification des signataires

Entre

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE d'Ile-de-France
Immeuble « Le Millénaire 2 » - 35 rue de la Gare – 75935 PARIS cedex 19
Représentée par son Directeur Général, Aurélien Rousseau,
Ci-après dénommée l'ARS,

Et

La Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France

Dont le siège social est situé 17 rue de Lorraine 93200 SAINT-DENIS, représentée par le
Docteur Didier Ménard, en sa qualité de Président.

Ci-après désignée « La FEMASIF »

SIRET : 530 291 244 000 24

Vu les articles L. 1435-8 à 1435-11, R. 1435-16 à R. 1435-36 du code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, notamment son article 65 ;

Vu la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment son article 56 ;

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé ;

Vu décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 relatif au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique et l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2015 permettent la mise en place de ce budget annexe au sein des agences ;

Vu la circulaire SG-CNAMTS N° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu la circulaire N° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019 ;

Vu l'instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le cadre du Projet Régional de Santé, l'ensemble des partenaires a pointé de multiples inquiétudes sur le devenir de la prise en charge ambulatoire liées à des facteurs démographiques, épidémiologiques, organisationnels et économiques.

La fragilisation accélérée de l'offre ambulatoire en Ile-de-France confirme le caractère indispensable et urgent d'un soutien à apporter aux structures d'exercice collectif existantes ou en devenir. Ainsi, l'ARS souhaite-t-elle favoriser l'implication de ces structures d'exercice collectif dans la mise en œuvre de démarches qualité.

Ceci exposé, il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1- Objet de la convention

L'action décrite à la présente convention est organisée dans le cadre de l'accompagnement au développement des regroupements pluri professionnels de soins primaires.

Elle a pour objectif l'organisation d'une démarche d'accompagnement de Maisons de Santé Pluri professionnelles dans la production d'indicateurs visant à objectiver leur organisation pour pouvoir l'améliorer. Ce projet concerne 5 Maisons de Santé Pluri professionnelles en Région Ile de France.

Ces indicateurs deviennent dans la conduite du projet de santé des éléments probants de suivi des actions et des indicateurs de prise en charge. Ils doivent permettre via le système d'information partagé de produire des données qui révèlent les différentes dimensions et résultats du travail en équipe pluri professionnelle.

Il s'agit pour les cinq équipes pluri professionnelles participantes de produire des données, concrètement, de définir comment elles codent et ce qu'elles codent.

Elles devront donc s'organiser pour mesurer l'efficacité du travail en équipe et dans un second temps obtenir des résultats de santé.

Article 2- Condition de prise en charge financière

Une subvention d'un montant total maximum de **35 000 euros (trente-cinq mille euros)** est allouée au bénéficiaire au titre de l'exercice 2019 pour la mise en œuvre de cette action, sous réserve des crédits disponibles au titre du fonds d'intervention régional.

Le bénéficiaire s'engage à rendre compte de l'avancement et/ou la réalisation du plan d'action à l'ARS par la présentation des pièces justificatives précisées par la décision attributive de financement émise suite à la signature de la présente convention.

Article 4- Le suivi de la convention

La convention fait l'objet d'un suivi annuel ayant pour objet de :

- contrôler la réalisation du projet sur la base d'un rapport d'activité qui sera transmis à l'Agence
- contrôler le bon usage des crédits alloués.

Le bénéficiaire facilite tout éventuel contrôle diligenté par l'ARS ou tout autre organisme mandaté par elle.

Le bénéficiaire s'engage à transmettre à l'ARS les pièces justifiant l'exécution de la présente convention et à faciliter l'accès à toute pièce justificative des dépenses et tous autres documents dont la production serait jugée utile dans le cadre de ce contrôle.

En cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 de la présente convention, l'ARS peut exiger le remboursement en partie ou en totalité de la contribution financière dans les conditions prévues à l'article 6.

Sont chargés du suivi de la convention :

- Pour l'ARS, le Département qualité
- Pour la FEMASIF, Docteur Didier Ménard, Président

Article 5- Révision de la convention

A la demande du bénéficiaire ou de l'ARS, les dispositions de la convention sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de la structure et des missions qui lui sont confiées ;
- pour revoir l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations de la convention.

La demande de modification fait l'objet d'une discussion et d'un accord formalisé par voie d'avenant portant sur l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte.

Article 6- Résiliation de la convention

L'ARS se réserve le droit de procéder à toute vérification qui lui paraîtrait utile pour constater le respect par le bénéficiaire des obligations précitées à l'article 3 de la présente convention.

Conformément aux dispositions de l'article R. 1435-33 du code de la santé publique, en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 du présent contrat, l'ARS adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Après contrôle effectué par l'ordonnateur (ARS Ile-de-France), l'Agent Comptable de l'ARS Ile de France procède au versement de la subvention au bénéficiaire sur ordre de paiement de l'ARS.

Les versements seront effectués sur le compte bancaire suivant :

Crédit Agricole Ile de France

IBAN: FR76 1820 6001 4060 2860 6329 440 BIC: AGRIFRPP882

Article 3- Engagements du bénéficiaire

Par la signature de la présente convention, le bénéficiaire s'engage à mettre en œuvre l'accompagnement de Maisons de Santé Pluri professionnelles dans la production d'indicateurs et notamment :

- 1 - Travailler avec les équipes sur ce qu'elles souhaitent évaluer, préciser leur objectifs (ce qu'elles veulent évaluer, améliorer, le niveau de qualité qu'elles souhaite atteindre, le délai pour l'atteindre et la population pour laquelle on pense l'atteindre)
- 2 - Définir collectivement les indicateurs : comment mesurer ?
- 3 - Outiller et former les MSP à la requête de donnée, en lien avec les éditeurs de leur logiciel
- 4 - Sur la base de ces éléments, analyser, au niveau régional ces indicateurs sous le prisme de l'amélioration de la qualité dans les structures pluri professionnelles.

Le bénéficiaire s'engage également dans l'évaluation et le suivi de ses actions comme suit :

1. Quantitatifs :
 - Indicateurs d'activité :
 - Fiche de poste du chargé de projet SI
 - Nb de réunions/rencontres réalisées avec les équipes
 - Nb de MSP participantes
 - Nb accompagnements réalisés /nb de demandes d'accompagnements par MSP
 - Nb de réunions/rencontres réalisées
 - Indicateurs de résultat ou d'impact :
 - Nb de structures ayant mis en place un suivi d'indicateurs de santé.
2. Qualitatifs :
 - Cartographie des participants (profession, ancienneté d'installation...)
 - Utilisation pluri professionnelle des outils
 - Compte rendu des réunions
 - Questions, interrogations et/ou inquiétudes formulées
 - Evolution des pratiques des professionnels

Enfin le bénéficiaire s'engage à porter une attention particulière au partage d'expériences et à la reproductibilité du projet en Ile De France avec d'autres équipes MSP et les autres partenaires et afin de recueillir et produire des données de santé en soins primaires à plus grande échelle.

Si, au terme du délai accordé par l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires au respect des engagements n'ont pas été prises sans justification valable, l'ARS peut modifier ou résilier le contrat. Elle peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre.

En dehors du cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 du présent contrat, chacune des parties se réserve le droit de mettre fin à la présente convention sous réserve de l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception à l'issue d'un préavis de deux mois.

Article 7 - Propriété intellectuelle

Les documents produits par la FEMASIF, sous quelque forme que ce soit et quelque support que ce soit, sont et restent sa propriété. Ils ne peuvent être utilisés par l'ARS à d'autres fins que dans le cadre de cette coopération, sans l'autorisation expresse et préalable de la FEMASIF.

Article 8 - Durée de la convention et entrée en vigueur

La convention est conclue pour une durée de 1 an.

Elle prendra effet à compter de la date de signature de la présente convention

Fait à PARIS en trois exemplaires originaux, le

19 NOV. 2019

**Le Directeur général de l'Agence régionale
de santé Ile-de-France**

Par délégation

**La Directrice du Pôle Ville-Hôpital
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France**

Béatrice SEVADJIAN



Pour la FEMASIF

Le Président

Docteur Didier MENARD



FEMASIF
FEDERATION DES MAISONS
DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE
57 QUAI DE LA SEINE
75019 PARIS - 06 95 93 83 47
Siret 388 739 534 00021 APE 7022Z
www.femasif.fr

FICHE DE PLANIFICATION DE LA DEMARCHE

Date :

Equipe de rédaction du plan :

Contact :

Choix du thème	•
Choix de l'objectif	•
Lister les obstacles ou freins identifiés (littérature, brainstorming),	• • •
Choix des indicateurs (critères) et des standards (littérature, experts)	• • •

Planification de la mesure T0

Echantillonnage, taille de l'échantillon	
Données à recueillir	
Qui recueille les données et sur quel support ?	
Qui extraie les données ?	
Sur quel support ?	
Date de la mesure T0	

Planification des interventions

- Choisir une ou plusieurs interventions pour chaque obstacle identifié; décrire les composantes de chaque intervention,
- Toujours partager à chaque étape !

Rédaction d'un protocole pluriprofessionnel ou description des actions planifiées	Cf trame protocole type en annexe
Rédaction du calendrier prévisionnel	
« Monitoring » du déroulement, réunions de feed back et périodicité.	

Annexe

Rédaction d'un protocole pluriprofessionnel.

Titre du protocole	
Version	
Date de validation	
Professionnel référent	
Groupe de travail – réunions d'élaboration du protocole	
PS impliqués	- - - - - - - -
Problématique	
Population cible	
Objectifs généraux	
Objectifs opérationnels	
Risques	
Références / documents associés	

	Etape 1
Date de début et de fin	
Professionnel(s) concerné(s)	
Description de l'action	
Ressources, matériel nécessaire	
Avis du patient, implication	
Lien avec l'équipe	

	Etape 2
Date de début et de fin	
Professionnel(s) concerné(s)	
Description de l'action	
Ressources, matériel nécessaire	
Avis du patient, implication	
Lien avec l'équipe	

	Etape 3
Date de début et de fin	
Professionnel(s) concerné(s)	
Description de l'action	
Ressources, matériel nécessaire	
Avis du patient, implication	
Lien avec l'équipe	



Fémasif

Fédération des Maisons et Pôles de Santé
en Île-De-France

Juillet 2021

Rédaction :

Isabelle Dupie

Ambre Le Ray

Camille Rodriguez

Création graphique et mise en page :

Clara Lemarchand

dont illustrations Freepik

Nos partenaires financiers :



DÉPARTEMENT DE PARIS



www.femasif.fr
femasif.coordination@gmail.com