

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Démarche qualité en maisons de santé pluriprofessionnelles :
perception et déploiement dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2025 à 16h00
au Pôle Formation par :

Elyes DJEMACI

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Joël SILVERT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Avertissements

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Déclaration d'intérêt : *l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec ce travail de recherche.*

Sigles

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ARS	Agence régionale de santé
DPO	Délégué à la protection des données
DQ	Démarche qualité
ETP	Éducation thérapeutique du patient
ESS	Équipe de soins spécialisée
HAS	Haute Autorité de santé
HDF	Hauts-de-France (<i>région</i>)
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires (<i>loi</i>)
IPA	Infirmier de pratique avancée
IQ	Indice de qualité
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NHS	National Health service
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PPS	Plan personnalisé de soins
PRS	Projet régional de santé
QS	Qualité des soins
RSP	Réseau de soins primaires
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Sommaire

Avertissements.....	2
Remerciements	3
Sigles	11
Sommaire	12
Introduction	17
1 Contexte général.....	17
1.1 Définitions	17
1.2 Le bon soin	17
1.3 Genèse de la démarche.....	17
1.4 Les indicateurs de qualité	18
1.4.1 Enjeux	18
1.4.2 Caractéristiques de l'outil	18
2 La démarche qualité dans le Monde.....	18
2.1 Une dynamique globale en soins primaires	18
2.2 Exemples internationaux.....	18
2.3 Le positionnement français	19
3 La démarche qualité dans le système de santé français	19
3.1 Enjeux du système de santé français	19
3.2 Enjeux de la Haute Autorité de santé	20
3.2.1 Les objectifs	20
3.2.2 Les indicateurs	20
3.3 Enjeux en soins primaires.....	20
4 Les MSP : un enjeu pour la démarche qualité en ville.....	21
4.1 Contexte.....	21
4.1.1 La genèse.....	21
4.1.2 Qu'est-ce qu'une MSP ?	21
4.2 La démarche qualité en MSP.....	22
4.2.1 Valorisation dans l'ACI	22
4.3 Les MSP dans les Hauts-de-France	23
5 Conclusion de l'introduction	24
6 Problématique de recherche.....	24
7 Objectifs de recherche	24

7.1	Objectif principal	24
7.2	Objectifs secondaires.....	25
	Matériel et méthodes.....	26
1	Design de l'étude	26
2	Population d'étude	26
2.1	Choix de la population	26
2.2	Critères	26
3	Élaboration du questionnaire	26
3.1	Présentation.....	26
3.2	Validité interne	27
3.3	Validité externe	27
3.4	Format.....	28
4	Outil de recueil de données	28
5	Méthode de diffusion.....	28
5.1	Adressage.....	28
5.2	Choix de l'enveloppe.....	29
5.3	Envoi postal	29
6	Stratégies de relances	29
7	Données recueillies.....	29
8	Analyse de données	30
9	Analyse statistique	30
10	Aspects éthiques et cadre réglementaire	30
	Résultats	31
1	Caractéristiques générales	31
➤	Tableau 1 (<i>Annexes 12-1 et 12-2</i>)	31
1.1	Retours	31
1.2	Profil des répondants	32
1.3	Profil des MSP	32
1.4	Connaissance et perception de la DQ	32
1.5	La DQ au sein des MSP	33
1.6	Obstacles liés au développement de la DQ	33
1.7	Attentes liées à l'accompagnement de la DQ en MSP	34
2	Caractéristiques des MSP selon le département,	34
➤	Tableau 2 (<i>Annexes 13-1 à 13-4</i>)	34

3	Caractéristiques des MSP selon le nombre d'heure(s) de coordination par semaine.....	35
➤	Tableau 3 (<i>Annexes 14-1 à 14-3</i>)	35
4	Caractéristiques selon la profession du répondant,.....	36
➤	Tableau 4 (<i>Annexes 15-1 à 15-3</i>)	36
5	Caractéristiques selon l'année de labellisation de la MSP	37
➤	Tableau 5 (<i>Annexes 16-1 à 16-3</i>)	37
6	Caractéristiques selon le type de MSP	37
➤	Tableau 6 (<i>Annexes 17-1 à 17-3</i>)	37
7	Caractéristiques selon le mode de coordination de la MSP	38
➤	Tableau 7 (<i>Annexes 18-1 à 18-3</i>)	38
8	Caractéristiques selon le niveau de connaissance estimé du répondant sur la DQ 38	
➤	Tableau 8 (<i>Annexes 19-1 à 19-3</i>)	38
	Discussion.....	40
1	Principaux résultats.....	40
1.1	Des dynamiques territoriales	40
1.2	Sur les connaissances et l'intérêt de la DQ en MSP	40
1.3	Sur le déploiement et la maturité de la DQ en MSP	40
1.4	Sur les axes prioritaires de développement de la DQ en MSP.....	41
1.5	Sur les freins liés au développement de la DQ en MSP	41
1.6	Sur les leviers pour développer la DQ en MSP	41
1.7	Sur les rôles de la coordination pour développer la DQ en MSP.....	42
2	Discussion des résultats	43
2.1	Intérêts de la DQ	43
2.2	Apports de l'étude	43
3	Discussion de la méthode	44
3.1	Limites de l'étude	44
3.1.1	<i>Taux de réponse et représentativité</i>	44
3.1.2	<i>Biais de sélection et d'échantillonnage</i>	44
3.1.3	<i>Limites liées au questionnaire</i>	44
3.1.4	<i>Durée et période de recueil de données</i>	45
3.1.5	<i>Contraintes liées au recueil de données</i>	45
3.1.6	<i>Autres biais</i>	45
3.2	Forces de l'étude	45
3.2.1	<i>Étude d'ampleur régionale</i>	45

3.2.2	<i>Taille de l'échantillon</i>	45
3.2.3	<i>Solidité méthodologique et indépendance</i>	46
3.2.4	<i>Qualité du questionnaire</i>	46
3.2.5	<i>Diffusion du questionnaire</i>	46
4	Perspectives	46
4.1	Renforcer les formations initiales et continues	46
4.2	Accompagnements externes	47
4.3	Soutenir les MSP en début de structuration	47
4.4	Professionaliser la coordination et sécuriser du temps dédié	47
4.5	La DQ dans l'ACI	47
4.6	Les outils adaptés à l'ambulatoire	48
4.7	« Maisons France Santé » : intégrer la DQ dès la conception	48
	Conclusion	49
	Liste des figures et des tables	50
	Références	51
	Annexe 1-1	57
	Annexe 1-2	58
	Annexe 2-1	59
	Annexe 2-2	60
	Annexe 3-1	61
	Annexe 3-2	62
	Annexe 4-1	63
	Annexe 4-2	64
	Annexe 5	65
	Annexe 6-1	66
	Annexe 6-2	67
	Annexe 6-3	68
	Annexe 6-4	69
	Annexe 6-5	70
	Annexe 6-6	71
	Annexe 7-1	72
	Annexe 7-2	73
	Annexe 8-1	74
	Annexe 8-2	75
	Annexe 8-3	76

Annexe 8-4.....	77
Annexe 9.....	78
Annexe 10-1.....	79
Annexe 10-2.....	80
Annexe 11.....	81
Annexe 12-1.....	82
Annexe 12-2.....	83
Annexe 13-1.....	84
Annexe 13-2.....	85
Annexe 13-3.....	86
Annexe 13-4.....	87
Annexe 14-1.....	88
Annexe 14-2.....	89
Annexe 14-3.....	90
Annexe 15-1.....	91
Annexe 15-2.....	92
Annexe 15-3.....	93
Annexe 16-1.....	94
Annexe 16-2.....	95
Annexe 16-3.....	96
Annexe 17-1.....	97
Annexe 17-2.....	98
Annexe 17-3.....	99
Annexe 18-1.....	100
Annexe 18-2.....	101
Annexe 18-3.....	102
Annexe 19-1.....	103
Annexe 19-2.....	104
Annexe 19-3.....	105

Introduction

1 Contexte général

1.1 Définitions

La **qualité des soins** (QS) est la « *capacité des services de santé à accroître la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (1,2).

La **démarche qualité** (DQ) se définit comme un processus d'amélioration continue ayant pour objectif d'optimiser la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients (2,3). Elle repose sur l'élaboration d'outils et de protocoles qui visent à renforcer les pratiques professionnelles. Elle s'intéresse davantage aux moyens mis en œuvre qu'à leur efficacité (2). Cette approche repose sur l'évaluation régulière des pratiques, l'identification des axes d'amélioration et la mise en œuvre d'actions correctives.

1.2 Le bon soin

Le **soin de qualité** est « *un bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient et au bon coût* » (2,4).

Pour l'**Organisation mondiale de la santé** (OMS), le bon soin doit être (1,2) :

- **Efficace** : fondé sur des données validées et dispensé à ceux qui en ont besoin ;
- **Sûr** : sans dommage évitable ;
- **Centré sur la personne** : doit respecter les besoins, les valeurs et les préférences du patient ;
- **Opportun** : fait au bon moment, avec des délais adaptés ;
- **Équitable** : indépendant du genre, de l'origine ou du statut socio-économique ;
- **Intégré** : coordonné tout au long de la vie du patient ;
- **Efficient** : doit utiliser les ressources disponibles de manière optimale.

L'OMS encourage les politiques publiques de tous les pays du monde à promouvoir la qualité des soins (1).

1.3 Genèse de la démarche

La démarche qualité a été empruntée au secteur industriel (5). Elle a ensuite été adaptée au domaine de la santé, pour répondre aux spécificités de la pratique médicale (5).

Historiquement, l'évaluation de la qualité des soins était centrée sur des indicateurs biomédicaux objectifs comme la réduction de la mortalité, la réduction des complications ou encore la gestion des facteurs de risque. À l'ère des pathologies chroniques, mesurer la qualité des soins à l'aide de ces indicateurs n'est plus suffisant (6,7). Il est nécessaire d'avoir une approche plus globale en intégrant d'autres outils, comme le vécu du patient, sa qualité de vie ou encore sa satisfaction vis-à-vis des soins reçus (2,6,8).

Cette évolution s'inscrit dans la logique d'une médecine centrée sur le patient (9), qui prend en compte non seulement la maladie mais aussi la manière dont elle est vécue. Il est démontré que les patients ayant une perception positive de leur prise en charge adhèrent mieux aux soins et obtiennent de meilleurs résultats de santé (10,11).

1.4 Les indicateurs de qualité

1.4.1 Enjeux

Afin de garantir la qualité d'un soin, il est nécessaire d'avoir des outils pour l'évaluer (12). Pour cela, des **indicateurs de qualité** (IQ) ont été développés, pour permettre aux acteurs de santé de mesurer la qualité dans les parcours de soins (12,13).

Les IQ ont d'abord été développés dans la santé dans les années 1980, pour les essais cliniques, et sont devenus aujourd'hui essentiels pour évaluer la qualité des soins et améliorer les pratiques (14).

1.4.2 Caractéristiques de l'outil

Pour qu'un indicateur soit reconnu comme étant un IQ, il doit (13) :

- Avoir un lien avec la qualité et la sécurité des soins, et être **pertinent cliniquement** ;
- Être capable d'induire une **dynamique d'amélioration** du soin ;
- Être **validé** ;
- Pouvoir être calculé à partir de **sources de données disponibles**.

2 La démarche qualité dans le Monde

2.1 Une dynamique globale en soins primaires

La DQ en santé, bien qu'introduite tardivement dans les soins primaires français, s'inscrit dans une dynamique internationale bien établie (2). Beaucoup de pays développés ont structuré leurs soins primaires autour d'objectifs de qualité pour améliorer la coordination, la pertinence et la sécurité des soins (2,12)

2.2 Exemples internationaux

En Alberta, au **Canada**, le modèle de soins primaires repose depuis 2003 sur un réseau de soins primaires (RSP), proche de l'organisation des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) françaises créées en 2007 (14). Ces RSP visent à apporter des réponses locales adaptées aux besoins des territoires, en s'appuyant sur une démarche qualité intégrée à leur fonctionnement (14).

Au **Royaume-Uni**, le National Health Service (NHS) a déployé des outils d'évaluation de la qualité, notamment pour améliorer la gestion des pathologies chroniques et favoriser la décision médicale partagée (15–18). Il est démontré que la DQ permet une meilleure adhésion thérapeutique, une meilleure implication des patients dans leur propre parcours de soins et favorise la communication entre médecins et patients (10,12,19). Ces initiatives s'accompagnent parfois de leviers financiers (16).

Des pays d'Europe du Nord comme le **Danemark** (9), la **Norvège** (20) ou les **Pays-Bas** (19), se sont aussi engagés dans cette dynamique, en intégrant dans leur système de santé une approche centrée sur le patient.

L'**Allemagne**, confrontée à une forte fragmentation de son système de soins, a démontré à travers plusieurs études l'intérêt d'une approche qualité coordonnée et continue portée par le médecin généraliste (7).

Les retours d'expériences internationaux convergent vers la même conclusion : améliorer la qualité des soins, leur efficacité et l'adhésion thérapeutique des patients passe par une structuration des soins primaires autour d'une culture qualité partagée (16,17,21). Améliorer l'expérience du soin est un levier nécessaire pour améliorer la qualité globale des soins primaires (8,10,21).

2.3 Le positionnement français

En comparaison, la France accuse un certain retard dans l'intégration de cette démarche et de ces outils (22), surtout en médecine de ville (2,12). Plusieurs initiatives nationales récentes, portées par la Haute Autorité de santé, visent à encourager leur diffusion dans les pratiques professionnelles (12,13,23–25), mais surtout à l'hôpital. C'est par exemple le cas du dispositif national *e-Satis* de mesure continue de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés, mis en place depuis avril 2016 et toujours en cours (26).

3 La démarche qualité dans le système de santé français

3.1 Enjeux du système de santé français

En France la qualité des soins est devenue un enjeu majeur des politiques de santé (13). Les IQ développés constituent des instruments de pilotage et d'évaluation de plus en plus intégrés à ces politiques (13). La stratégie nationale de transformation du système de santé « *Ma Santé 2022* » (27) identifie l'amélioration de la qualité des soins comme l'un de ses cinq chantiers prioritaires et comme devant être la boussole de toute l'organisation en santé (2,13).

La DQ vise à garantir la stratégie promue par l'OMS du « *bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient et au bon coût* » (2), en s'appuyant sur des indicateurs objectivables (2,6).

Leurs usages identifiés dans le système de santé français sont nombreux :

- Questionner les pratiques (6) ;
- Améliorer le système de santé (6,12) ;
- Améliorer la sécurité des soins (6,12) ;
- Évaluer et améliorer la qualité des soins (6,12,13,28) (*Annexes 1-1 et 1-2*) ;
- Organiser et comparer les parcours de soins (6,13) ;
- Améliorer la prise en charge individuelle (détection précoce, ajustement thérapeutique) (2,12) ;
- Favoriser la décision médicale partagée, rendant le patient acteur de sa santé, et œuvrer vers une personnalisation des soins (6,12,16) ;
- Contribuer à la recherche clinique (12).

3.2 Enjeux de la Haute Autorité de santé

3.2.1 Les objectifs

La **Haute Autorité de santé** (HAS) joue un rôle central dans la promotion et l'évaluation de cette démarche.

Dans ses orientations récentes (6,13,27,29) et dans sa « *Stratégie 2019-2024* » (6,30), la HAS recommande l'utilisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour mesurer de manière valide et fiable la qualité des soins (6), elle crée également des guides mis à la disposition de tous les professionnels de santé (12).

3.2.2 Les indicateurs

Les outils élaborés sont régulièrement actualisés et permettent de mesurer la satisfaction, l'expérience des patients, la qualité des prises en charge, la coordination entre les professionnels de santé et la prévention des infections associées aux soins (6,22). Ils peuvent servir de support aux professionnels et aux établissements de santé (5) et identifier les voies d'améliorations nécessaires.

Les IQ sont développés sous forme d'indicateurs (6) :

- **De structure ou de ressource** : « *avons-nous les moyens de bien faire ?* » ;
- **De pratiques cliniques** : « *faisons-nous comme il faut ?* » ;
- **De résultats** : « *avons-nous de bons résultats ?* ».

En 2024 la HAS a publié le rapport « *Améliorer la qualité en santé* » (31) dans lequel elle plaide pour une approche systémique, collaborative et continue d'amélioration de la qualité des soins. Tous les acteurs sont impliqués, y compris les patients.

En établissement de santé français, public ou privé, cette dynamique s'inscrit dans un processus de certification régulier qui n'existe pas en médecine de ville (32).

3.3 Enjeux en soins primaires

La **médecine générale** occupe en France une place centrale dans le système de santé (33). A la croisée des disciplines, le médecin généraliste est un acteur de **premier recours**. Il soigne une très large diversité de pathologies et est confronté à une très grande variété de motifs de consultations, tout cela en assurant une prise en charge globale et holistique du patient (34).

Face à la progression du nombre de maladies chroniques et face à la complexification des parcours de soins (7,7,14), la médecine générale doit relever de nouveaux défis : la coordination de ses parcours, la personnalisation des prises en charge, les suivis de long terme, etc.

La démarche qualité en médecine générale est devenue un enjeu majeur pour que ces nouveaux défis puissent être évalués et améliorés (35). C'est dans ce contexte que les **Maisons de santé pluriprofessionnelles** (MSP) ont émergé, comme des structures clés pour porter et pérenniser cette démarche (36).

4 Les MSP : un enjeu pour la démarche qualité en ville

4.1 Contexte

4.1.1 La genèse

Les MSP sont créées en France dès 2007 pour permettre aux professionnels de santé libéraux de s'organiser en **exercice coordonné** (29). La loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » (HPST) du 21 juillet 2009 (37) renforce l'offre de soins primaires autour de missions définies (**projet de santé**) et la loi « *Fourcade* » du 10 août 2011 (38) précise les modalités d'organisation.

4.1.2 Qu'est-ce qu'une MSP ?

4.1.2.1 Cadre juridique

Selon la loi Fourcade (38) une **Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)** « est une personne morale, constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurant des activités de soins de premier recours et pouvant participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé commun ».

Une MSP est donc une structure de **soins ambulatoires** et de **proximité** qui rassemble plusieurs professionnels de santé autour d'un **projet de santé commun** et qui assure des soins de **premiers recours** de manière **coordonnée** (39).

Elle peut prendre diverses formes juridiques (*association loi 1901, société civile de moyens, etc.*). Seule la constitution en **société interprofessionnelle de soins ambulatoires** (SISA), instauré en 2011 par la loi Fourcade, permet à la MSP de percevoir les financements de l'Assurance maladie issus de l'**accord conventionnel interprofessionnel** (ACI) (40).

4.1.2.2 Les missions de premier recours des MSP

La loi HPST définit quatre grandes missions pour les MSP (37) :

- 1) La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2) La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3) L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4) L'éducation pour la santé.

4.1.2.3 Quels professionnels ?

Une MSP doit être composée, au minimum, de **deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical**. D'autres professionnels médicaux et paramédicaux peuvent s'y joindre (*chirurgiens-dentistes, sage-femmes, biologistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, infirmiers, orthophonistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.*) (39). Les professionnels y exercent le plus souvent en libéral.

Des médecins spécialistes autres que les médecins généralistes peuvent intégrer une MSP à condition d'exercer en soins de premier recours (41).

4.1.2.4 Organisation et projet de santé

L'exercice peut être regroupé sur un même lieu (**MSP monosite**) ou réparti localement (**MSP multisite**) (42).

Le fonctionnement d'une MSP repose sur un **projet de santé** rédigé par ses membres. Il formalise leurs engagements en matière de coordination, de prévention, d'accès aux soins et d'éducation thérapeutique (42). Il est ensuite transmis à l'**Agence régionale de santé** (ARS) qui en évalue la pertinence au regard des besoins territoriaux et des orientations du Projet régional de santé (PRS). La validation du projet par l'ARS constitue l'acte fondateur de la reconnaissance officielle de la MSP.

C'est une fois **labellisée** que la MSP peut établir un contrat avec l'Assurance maladie et l'ARS et bénéficier de financements par l'ACI. La rémunération est annuelle, indexée sur des indicateurs d'activité et d'organisation, afin de mettre en place et de pérenniser le projet de santé (40).

4.1.2.5 Le financement par l'ACI

Dans l'ACI, le financement repose sur un système d'indicateurs classés en trois catégories (43) :

- **Indicateurs socles prérequis** : indispensables à atteindre pour ouvrir droit à la rémunération ;
- **Indicateurs socles** : il est indispensable pour la MSP de s'engager sur ces indicateurs sans nécessairement les atteindre, ils sont pris en compte dans le calcul de la rémunération annuelle ;
- **Indicateurs optionnels** : librement choisis, ou non, par la MSP en fonction de ses objectifs.

Chaque indicateur rapporte un certain nombre de points (*fixes ou variables selon la patientèle et la composition de l'équipe*), la valeur du point étant fixée à **7 euros**. A titre d'exemple, une MSP de 16 professionnels, avec une patientèle de 4000 patients et un infirmier en pratique avancée (IPA), peut percevoir jusqu'à près de 70000€ par an, en atteignant 100% des indicateurs socles, et jusqu'à 39200€ supplémentaires en cas d'atteinte maximale de tous les indicateurs optionnels.

Une fois calculée par l'Assurance maladie, la rémunération est versée à la MSP structurée en SISA. Le montant minimal versé est de 20000€ par an.

4.2 La démarche qualité en MSP

4.2.1 Valorisation dans l'ACI

Depuis l'avenant 1 de l'ACI (44), publié en août 2022, un **nouvel indicateur**, dédié à la **démarche qualité** a été introduit parmi les **indicateurs optionnels**. Il vise à inciter les équipes à engager une dynamique d'amélioration continue dans leurs pratiques professionnelles. Trois niveaux d'engagements sont proposés :

- **Niveau 1** (100 points fixes) : désignation d'un référent qualité, chargé de réaliser un état des lieux et d'identifier des axes d'amélioration (*Annexes 2-1 et 2-2*) ;
- **Niveau 2** (200 points variables) : mise en œuvre d'un plan d'action structuré (*Annexes 3-1 et 3-2*) ;
- **Niveau 3** (300 points variables) : évaluation des actions menées et réajustements (*Annexes 4-1 et 4-2*).

Ces niveaux sont cumulables et permettent d'atteindre jusqu'à 600 points, soit **4200€ par an**, pour une MSP engagée dans cette démarche.

L'outil de référence proposé pour accompagner la DQ est la **matrice de maturité en soins primaires**, développée par la HAS (cf. sous-partie 3.2.2) (cf. Figure 1 ci-dessous). Cette grille d'auto-évaluation favorise la structuration progressive de la DQ et s'organise autour de quatre axes (Annexe 5) :

- **Le travail en équipe** : réunions de concertation pluriprofessionnelles ; protocoles pluriprofessionnels ; coordination avec les acteurs du territoire ; dynamique d'équipe.
- **Le système d'information** : partage de données ; gestion des données cliniques ; analyse des pratiques.
- **L'implication des patients** : information des patients ; éducation thérapeutique (ETP) ; plan personnalisé de santé (PPS) ; prise en compte de l'expérience des patients ; soutien aux aidants.
- **Le projet de santé et l'accès aux soins** : projet de santé de l'équipe ; accès aux soins ; continuité des soins ; gestion du projet de santé de l'équipe.



Matrice de maturité en soins primaires

Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires



Figure 1. Matrice de maturité en soins primaires

Elle permet aux professionnels de réfléchir collectivement à leurs pratiques, de définir des priorités et de suivre les progrès réalisés, dans une dynamique d'amélioration continue.

4.3 Les MSP dans les Hauts-de-France

Les MSP assurent un rôle essentiel dans la structuration de la démarche qualité en soins de ville et elles constituent un levier stratégique pour son déploiement.

Portées par des dynamiques locales d'exercice coordonné, elles sont soutenues et accompagnées par les ARS, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), l'Assurance maladie ou encore les associations (*FEMAS HDF*, *France Assos Santé HDF*, *AVECsanté*) (45–47) dans sa mise en place.

Au 1^{er} janvier 2025, il existait **279 MSP** reconnues par l'ARS dans la région des Hauts-de-France (HDF) (48) (*Annexes 6-1 à 6-6*) dont :

- 34 MSP dans l'Aisne ;
- 118 dans le Nord ;
- 20 dans l'Oise ;
- 66 dans le Pas-de-Calais ;
- 41 dans la Somme.

La région HDF se distingue par une densité importante de MSP et par une forte hétérogénéité territoriale, entre zones urbaines et rurales, pôles universitaires et déserts médicaux (42,49). Cette diversité offre un terrain d'étude privilégié pour analyser la perception, la compréhension et le développement de la DQ sur le territoire.

5 Conclusion de l'introduction

Dans le contexte de transformation des soins primaires, il est essentiel que la médecine générale s'organise pour relever les défis liés à la complexification des parcours de soins, à l'augmentation des maladies chroniques et à l'inégalité d'accès aux soins (14).

Malgré ses fondements scientifiques et les incitations financières, la démarche qualité en MSP se heurte encore à de nombreux obstacles organisationnels, humains, matériels et financiers (2,6,16,17). Sa mise en œuvre reste encore hétérogène et insuffisamment documentée, en particulier en médecine générale libérale.

6 Problématique de recherche

Cette thèse d'exercice était la première d'une telle ampleur proposant d'évaluer le niveau de connaissance de la démarche qualité dans les MSP des Hauts-de-France, en s'appuyant sur une enquête quantitative descriptive à l'échelle de toute une région.

Notre question de recherche était alors la suivante : « ***comment la démarche qualité est-elle perçue par les professionnels de santé et déployée en MSP dans les Hauts-de-France ?*** ».

7 Objectifs de recherche

7.1 Objectif principal

L'**objectif principal** de l'étude était d'évaluer la démarche qualité au sein des MSP dans les Hauts-de-France, à travers la perception qu'en avaient les professionnels de santé et son déploiement dans les structures.

7.2 Objectifs secondaires

Les **objectifs secondaires** étaient :

- De déterminer la proportion de MSP des Hauts-de-France ayant engagé une démarche qualité ;
- D'identifier les actions déjà mises en place ;
- De recenser les difficultés rencontrées pour initier ou structurer cette démarche ;
- D'identifier les leviers et les freins liés au déploiement de la DQ dans les MSP des Hauts-de-France ;
- De proposer des pistes, outils ou recommandations pratiques pour accompagner les MSP dans cette démarche.

Cette recherche avait ainsi pour ambition de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans le déploiement de la démarche qualité en soins primaires, et de proposer des leviers d'action pour accompagner les équipes dans leur transformation.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

Cette **étude quantitative, descriptive et transversale** a été conduite auprès de l'ensemble des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de la région des Hauts-de-France (HDF).

La méthode quantitative a été privilégiée car il s'agit de la méthode de collecte de données la plus adaptée à l'objet de recherche. Elle vient compléter le travail d'une étude quantitative récente dont l'objet était de faire un état des lieux des transformations et des innovations des MSP des Hauts-de-France depuis leur création (49).

L'étude reposait sur la réponse à un **questionnaire** adressé à toutes ces MSP et destiné à un seul de leurs membres.

2 Population d'étude

2.1 Choix de la population

Ce travail a ciblé l'ensemble des MSP officiellement reconnues, avec un projet de santé validé par l'ARS des Hauts-de-France au 1^{er} janvier 2025, soit un total de **279 structures**.

Les MSP ont été recensées grâce aux cartes fournies par l'ARS des Hauts-de-France (*Annexes 6-1 à 6-6*).

2.2 Critères

Critères d'inclusion : toutes les MSP labellisées du territoire des HDF au 1^{er} janvier 2025, quelle que soit leur organisation (monosite ou multisite).

Critères de non-inclusion : équipes de soins primaires hors MSP ; équipes de soins spécialisés (ESS) et autres structures de soins de second recours.

Critères d'exclusion : les MSP labellisées après le 1^{er} janvier 2025 ; les structures qui ne sont pas des MSP.

3 Élaboration du questionnaire

3.1 Présentation

Le questionnaire a été réalisé sur la suite *iWork* via *Numbers*. Il était court et présenté de manière visuelle sur une seule feuille recto-verso (*Annexes 7-1 et 7-2*). Il était composé de 16 questions, avec certaines sous-questions, réparties en 5 parties distinctes. Cette simplification visait à majorer le taux de réponse (50).

Sa conception s'est appuyée sur une revue de littérature et des échanges avec des professionnels de santé en exercice coordonné, avec réalisation de plusieurs versions. Il a été formulé pour que tout professionnel de santé puisse s'y reconnaître et optimiser les retours.

Le texte introductif présentait l'auteur, le contexte et l'objet de ce travail. Le répondant était directement interpellé et mis en valeur pour qu'il se sente davantage impliqué. La DQ y était présentée comme étant « *valorisée jusqu'à 4200€* » pour attirer l'attention du répondant et maximiser le taux de réponse.

La première partie visait à recueillir des informations sur le répondant et sur la MSP qu'il représentait. Ensuite la deuxième explorait ses connaissances et sa perception de la DQ. La troisième évaluait quant à elle le niveau de maturité de la MSP dans cette démarche. La quatrième identifiait les obstacles rencontrés lors de son éventuelle mise en œuvre. Enfin, la dernière partie recensait les attentes de la MSP afin de proposer, le cas échéant, des outils pour l'accompagner dans sa DQ.

Les questions étaient principalement fermées. Les 4 réponses ouvertes permettaient de réduire le nombre de propositions pour simplifier visuellement le questionnaire et majorer le nombre de retours. Ces dernières ont ensuite été regroupées en sous-catégories pour permettre une étude quantitative.

La question 10 était sous la forme d'une échelle visuelle analogique (EVA), validée, pour faciliter la visibilité, rendre le questionnaire plus ludique et renforcer l'implication du répondant.

L'échelle de Likert a été privilégiée aux questions 11 et 15 car validée et pertinente. Elle permettait d'alléger le questionnaire et d'optimiser le taux de réponse.

La question 13 reprenait les axes proposés dans l'échelle de maturité des MSP (*Annexe 5*).

3.2 Validité interne

Le questionnaire a été partagé à 5 internes de médecine générale pour en évaluer l'aspect compréhensible et en assurer la validité interne. Les remarques ont permis de mieux formuler l'introduction, mieux définir la DQ et mieux cibler le répondant.

3.3 Validité externe

Le questionnaire a été soumis à 4 membres de MSP pour en optimiser la validité externe. Les remarques ont permis de préciser certaines modalités de réponses aux questions, comme l'ajout de la valence « *je ne sais pas* » aux échelles de Likert ainsi qu'aux questions 12 et 13, ou encore la valence « *sans avis* » à la question 16 pour que le répondant ait un sentiment de liberté dans ses réponses. Il a également été proposé de laisser figurer le montant de « *4200€* » pour augmenter l'intérêt et les réponses. Le temps court de réponse au questionnaire estimé a été confirmé.

Les MSP sollicitées pour la validité externe ont été exclues de l'enquête, sauf celles qui ont répondu sans formuler de remarque.

3.4 Format

La version papier du questionnaire a été privilégiée afin d'obtenir un taux de réponse plus élevé qu'une solution numérique (51). La version papier favorise le respect de l'anonymat et limite le biais de sélection des répondants.

4 Outil de recueil de données

L'ARS a mis à disposition des cartes (*Annexes 6-1 à 6-6*) reprenant le nombre de MSP dans les Hauts-de-France au 1^{er} janvier 2025, leur répartition départementale ainsi que leur répartition géographique par ville.

Cependant, à cette date, elle ne fournissait pas de liste de ces 279 MSP avec leurs coordonnées.

Une première liste de l'ARS, dont la date de dernière mise à jour était au 5 mai 2022, ne reprenait que 195 MSP (52). La liste la plus récente disponible, dont la dernière mise à jour datait du 25 mai 2023, ne recensait que 231 MSP (42).

Référencer l'ensemble des MSP des Hauts-de-France et obtenir leurs coordonnées postales et téléphoniques était nécessaire pour diffuser le questionnaire par voie postale et organiser les relances téléphoniques.

Un travail de synthèse des cartes de l'ARS, complété par d'autres sites de l'ARS (42,52), l'annuaire santé de l'Assurance maladie (53), les Pages Jaunes (54), les pages Google des professionnels et les sites internet des mairies, a permis de réunir la plupart des coordonnées (*Annexes 8-1 à 8-4*). Les données obtenues étaient concordantes avec la cartographie des 279 MSP et les dates de création étaient antérieures au 1^{er} janvier 2025.

5 Méthode de diffusion

5.1 Adressage

A l'aide de ce document, un publipostage a été réalisé sur le site internet de *La Poste* pour la diffusion postale.

Pour personnaliser l'envoi et augmenter le taux de réponse, à l'adresse du destinataire était ajoutée la mention « *à l'attention des Docteurs* », suivi des noms de l'ensemble des médecins membres de la MSP. Lorsque les noms des médecins manquaient, seule la mention « *à l'attention des Docteurs* » était inscrite.

S'il était disponible, le nom de la MSP était également repris (par exemple « *MSP de la faïencerie* » pour la MSP de Sinceny), sinon le mot MSP était associé au nom de la ville ou de la rue s'il y en avait plusieurs dans la même ville, afin de personnaliser davantage l'envoi.

5.2 Choix de l'enveloppe

L'envoi a été effectué avec une enveloppe DL – ou format « *américain* » – au profit du format C5 – ou format « $\frac{1}{2}$ A4 » – pour éviter que l'enveloppe ne soit confondue avec de la publicité.

L'enveloppe retour T a été choisie au profit de la lettre verte pour renforcer le sérieux de l'étude.

5.3 Envoi postal

Le questionnaire a été envoyé en format papier à l'ensemble des 279 MSP des Hauts-de-France. Pour cela, un contrat a été souscrit à *La Poste* afin d'en assurer une diffusion fiable, anonyme et rapide. Cet envoi comprenait :

- Une enveloppe affranchie avec impression des adresses de l'expéditeur et du destinataire ;
- Le questionnaire imprimé en une feuille recto-verso, mis sous pli ;
- Une enveloppe T préaffranchie aux coordonnées de l'expéditeur, valable jusqu'au 15/07/2025, également mise sous pli (*cf. maquette en annexe 9*).

Cette option, avec l'insertion d'une enveloppe retour déjà affranchie, a été privilégiée pour faciliter la réponse et maximiser le taux de participation (55).

Le financement a entièrement été réalisé par l'auteur.

Tous les questionnaires ont été diffusés le **29 avril 2025**.

6 Stratégies de relances

Deux relances téléphoniques par MSP ont été organisées entre le 13 mai 2025 et le 20 juin 2025, après l'envoi postal. Une seule relance a été effectuée auprès des MSP ayant déjà réadressé le questionnaire. Une seule relance a été effectuée lorsque l'interlocuteur refusait explicitement de participer à l'étude.

Le discours téléphonique, standardisé, a été préparé en amont pour présenter le sujet, l'intérêt de la recherche et les modalités de participation. Il était rappelé au téléphone qu'il ne fallait qu'une seule réponse par MSP.

Lorsque les MSP contactées n'avaient pas connaissance du questionnaire, un nouvel envoi postal était proposé, ou un partage par courriel. Au total 3 nouveaux envois postaux ont été réalisés et 74 adresses électroniques ont été obtenues. Deux relances ont été effectuées par courriel à l'ensemble de ces adresses.

Par courriel le questionnaire a été partagé au format PDF pour en simplifier l'ouverture, valoriser le fait qu'il soit visuel et rapide d'y répondre, et optimiser le taux de réponse. Pour ces raisons, un format interactif de type *Google-Form* n'a pas été choisi.

7 Données recueillies

Au total, **110 questionnaires** ont été reçus, **86 par voie postale** et **24 par voie électronique**. Soit un taux de réponse d'environ **39,43%** (*Annexes 10-1 et 10-2*).

Deux vérifications successives ont permis de limiter les erreurs de transcription lors du codage dans le tableau de réponses (*Annexes 10-1 et 10-2*).

Dans le tableur, les données manquantes étaient identifiées par « NA » pour « *not available* ». Dans les questions à choix simples, la valeur « 1 » était inscrite lorsque la case était cochée et la valeur « 0 » pour les autres modalités.

Pour la question 8, les réponses en « *heures par mois* » ont été converties en « *heures par semaine* ». Les réponses en « *équivalent temps partiel* » (ETP) ont été converties en heures par semaine (selon 1 ETP = 151,67h par mois (56)). 1 jour par semaine est converti à 7h par semaine (56).

A la question 10, lorsque les réponses étaient entre 2 valeurs entières, une moyenne des 2 valeurs entières les plus proches était calculée (par exemple entre 2 et 3 : 2,5).

8 Analyse de données

Les données étaient anonymes et ont été intégrées à un fichier *Excel*. Une analyse descriptive a été effectuée pour chaque item du questionnaire.

Les questionnaires incomplets ont été inclus dans l'analyse lorsque les réponses permettaient de répondre à la question de recherche.

Les résultats sont présentés sous la forme de **moyennes** et d'**écarts-types** pour les données *quantitatives*, et sous la forme d'**effectifs** et de **pourcentages** pour les données *qualitatives*.

9 Analyse statistique

Afin d'étudier les connaissances des professionnels de santé en MSP dans les HDF sur la démarche qualité, sa mise en place, les obstacles et les attentes, selon les caractéristiques des MSP et des répondants, ont été utilisés le **test du Chi2** ou le **test de Kruskal-Wallis** pour comparer les items *qualitatifs*, et le test de **Student** ou de **Fisher** pour les variables *quantitatives*. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel *R* (version 4.3).

10 Aspects éthiques et cadre réglementaire

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès du délégué de la protection des données (DPO) à l'Université de Lille le 27/03/2025. La réponse était favorable le 03/04/2025 en exemptant ce travail de déclaration relative au règlement général sur la protection des données, dans la mesure où aucune donnée identifiante n'a été collectée ou conservée (*Annexe 11*). Il n'a pas été nécessaire de contacter le Comité de protection des personnes.

Résultats

1 Caractéristiques générales

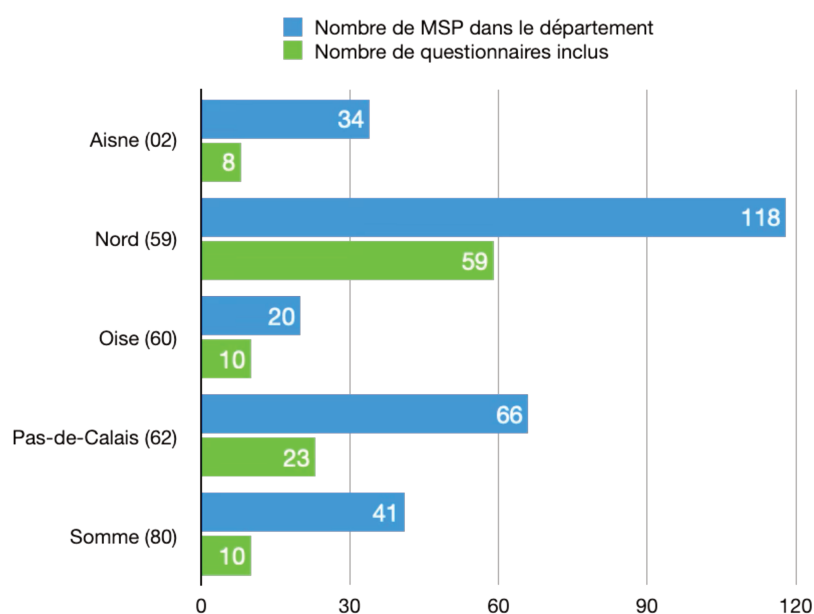
➤ Tableau 1 (*Annexes 12-1 et 12-2*)

1.1 Retours

110 questionnaires ont été inclus sur les **279 MSP** sollicitées, soit un taux de réponse d'environ **39,43%**. Après la prise en compte des critères d'exclusion, aucun questionnaire n'a été exclu. Ce travail concernait au moins **1627 professionnels de santé** exerçant dans les MSP des Hauts-de-France.

Au total, 50% de toutes les MSP du Nord et de l'Oise ont été intégrées dans l'enquête (cf. [Table 1](#), *répartition des réponses par département*). Dans le Pas-de-Calais 34,85% des MSP ont répondu, 24,39% dans la Somme et 23,53% dans l'Aisne.

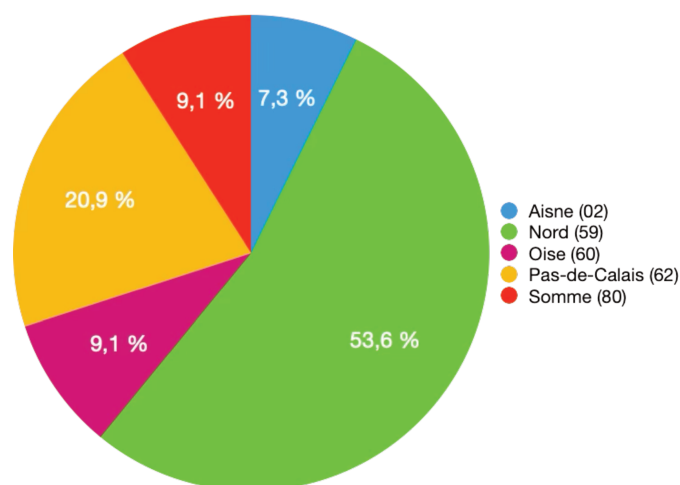
Table 1. Répartition des réponses par département



La plupart des réponses ont été retournées par un **questionnaire papier** (78,2 %), contre 21,8 % par courriel.

Le département le plus représenté parmi les réponses était le Nord (cf. [Table 2, représentativité des départements dans les réponses](#)).

Table 2. Représentativité des départements dans les réponses



1.2 Profil des répondants

Les répondants étaient majoritairement des **médecins généralistes** (83,6 %), suivis des coordinateurs professionnels (8,2 %) et des diététiciens (2,7 %). Les autres professionnels de santé et autres administratifs représentaient moins de 1 % chacun.

Concernant le rôle des répondants au sein de la MSP, 31,8 % étaient coordinateurs, 21,8 % uniquement membres, 20,0 % présidents, 19,1 % leaders, 17,3 % membres du bureau et 0,9 % occupaient un autre rôle.

1.3 Profil des MSP

Les MSP ayant répondu ont été **labellisées** en moyenne en **2020** et comptaient en moyenne **15 membres**. Plus de la moitié étaient monosites (53,7 %), les autres étaient multisites (46,3 %).

Le temps médian consacré à la coordination était de **6 heures par semaine**. La structuration en **SISA** concernait 92,7 % des MSP.

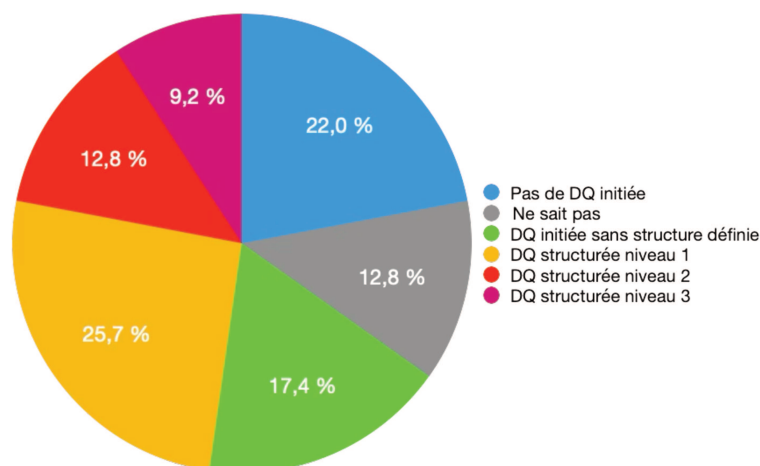
1.4 Connaissance et perception de la DQ

Le niveau de connaissance sur la DQ était évalué pour tous les répondants en moyenne à **4,7/10**. L'intérêt de la DQ était jugé élevé pour les patients (3,9/5), pour les professionnels (3,8/5) et pour les MSP (3,9/5) ; il était jugé légèrement inférieur pour la sécurité des soins (3,5/5) et sur le plan financier (3,4/5).

1.5 La DQ au sein des MSP

L'éventuelle structuration de la DQ variait entre les MSP (cf. [Table 3](#), répartition des MSP selon le niveau de structuration de leur DQ) : 65,2% des MSP avaient au moins initié une DQ, tandis que 34,8% n'en avaient pas initié ou ne le savaient pas.

Table 3. Répartition des MSP selon le niveau de structuration de leur DQ



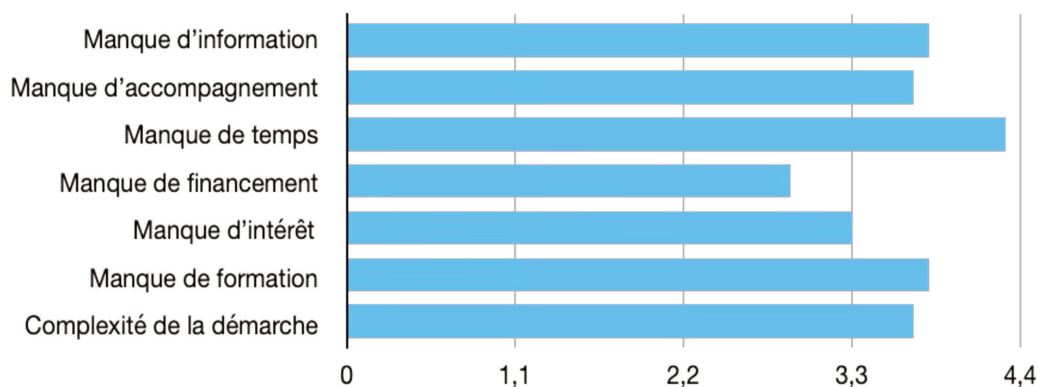
Les axes principaux concernaient le travail en équipe (73,3 %), le système d'information (56,0 %), l'implication des patients (52,6 %) et le projet de santé/accès aux soins (44,0 %).

Près de la moitié des MSP étaient accompagnées par une structure externe (47,4 %), 10,5 % par un membre interne, et 42,1 % n'avaient reçu aucun accompagnement.

1.6 Obstacles liés au développement de la DQ

Les principaux freins liés au développement de la DQ sont présentés dans la [Table 4](#), avec des notes allant de 0 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

Table 4. Principaux freins liés au développement de la DQ (notes de 0 à 5)

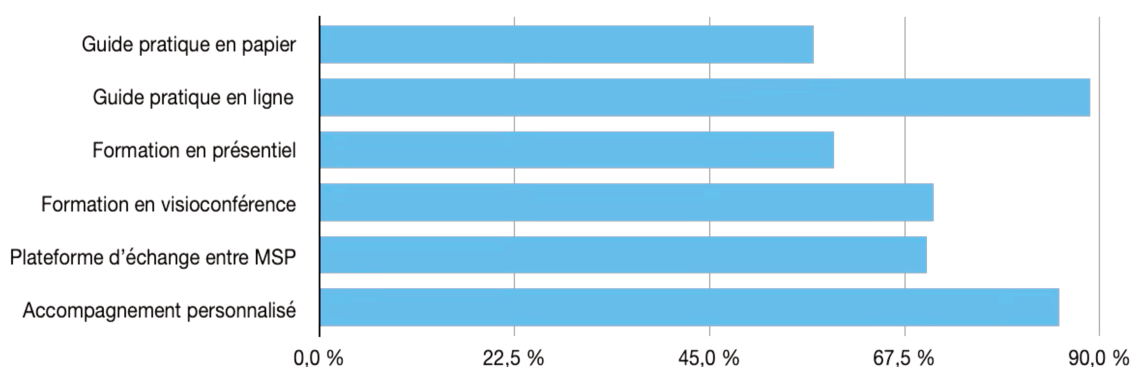


Le manque de temps était considéré comme étant le frein majeur lié au développement de la DQ (4,3/5) tandis que le manque de financement était considéré comme étant l'aspect le moins limitant (2,9/5).

1.7 Attentes liées à l'accompagnement de la DQ en MSP

Les formats d'accompagnements jugés les plus adaptés pour développer la DQ (cf. [Table 5](#), *formats d'accompagnements privilégiés*), étaient les guides en ligne (88,9 %) et l'accompagnement personnalisé (85,3 %). Les moins plébiscités étaient les guides en format papier (57,0%) et les formations en présentiel (59,3%).

Table 5. Formats d'accompagnements privilégiés



2 Caractéristiques des MSP selon le département,

➤ Tableau 2 (*Annexes 13-1 à 13-4*)

Sur l'ensemble des caractéristiques évaluées, les MSP ne différaient significativement que par leur année de labellisation ($p = 0,04$) : elles étaient plus anciennes dans l'Aisne ($2017,8 \pm 2,8$) et plus récentes dans le Nord ($2020,9 \pm 3,5$). Il n'y avait pas de différence significative sur leur nombre de membres.

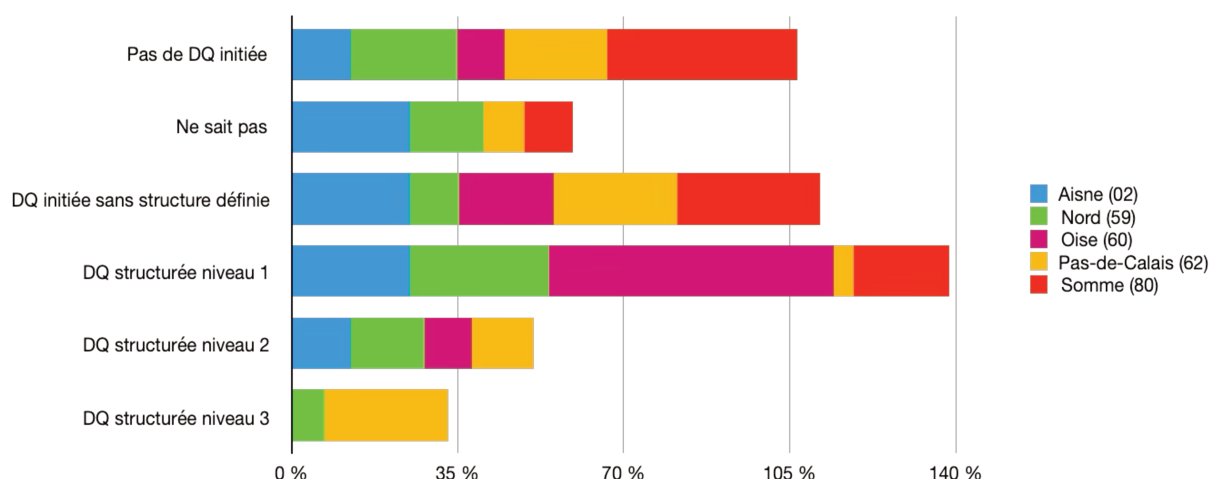
Dans l'Aisne, toutes les MSP ayant répondu (100%) étaient monosites, de même pour la majorité des MSP du Pas-de-Calais (65,2%). Dans le Nord, elles étaient plus fréquemment multisites (56,1%).

La coordination reposait principalement sur une personne extérieure à la MSP dans l'Aisne (87,5%), la Somme (80%) et le Pas-de-Calais (78,3%). La répartition était plus équilibrée dans le Nord avec 61% de coordination extérieure.

Le niveau de connaissance sur la culture qualité était plus élevé dans le Pas-de-Calais (5,8/10) et plus faible dans la Somme (3,3/10). Le temps de coordination était relativement homogène dans l'Aisne, le Nord, l'Oise et le Pas-de-Calais (moyenne de 6,275 heures par semaine) alors qu'il était nettement plus bas dans la Somme (2,9 heures par semaine).

La structuration de la DQ différait également (cf. [Table 6](#), *niveau de structuration de la DQ en fonction du département de la MSP*) : 26,1% des MSP du Pas-de-Calais l'étaient au niveau 3 ; 60,0% de celles de l'Oise et 29,3% de celles du Nord au niveau 1 ; tandis que 40% des MSP de la Somme n'avaient aucune structuration initiée.

Table 6. Niveau de structuration de la DQ en fonction du département de la MSP.



Les axes les plus investis étaient contrastés : l'axe « *système d'information* » était choisi dans toutes les MSP de l'Aisne, contre 44,4% dans celles de l'Oise et 40% dans celles de la Somme ; le choix de l'axe « *implication des patients* » était inexistant dans la Somme (0%) alors qu'il était fréquent dans le Pas-de-Calais (63,2%) et dans le Nord (52,6%).

Enfin, les freins les plus ressentis concernaient le manque d'information et d'accompagnement dans l'Aisne et la Somme (4,4 à 4,6 sur 5, tendance $p = 0,07$ et $p = 0,08$), tandis que le manque de temps apparaissait comme un obstacle majeur dans tous les départements ($> 4/5$).

3 Caractéristiques des MSP selon le nombre d'heure(s) de coordination par semaine

➤ Tableau 3 (Annexes 14-1 à 14-3)

Lorsque le temps de coordination était faible (0 à 2,5 heures par semaine), les répondants étaient presque exclusivement des médecins généralistes (94,7%). Avec un temps intermédiaire (2,5 à 7 heures), les médecins restaient majoritaires (86,1%), les coordinateurs 8,3%. Lorsque le temps de coordination était élevé (≥ 7 heures), la diversité professionnelle était plus marquée, avec davantage de coordinateurs (19,4%) et moins de médecins (64,5%).

Un temps de coordination plus important s'accompagnait d'un nombre de membres plus élevé ($p < 0,01$), d'un rôle de leader plus fréquent chez les répondants ($p = 0,01$) et d'un meilleur niveau de connaissance sur la DQ ($p = 0,03$). Ces répondants

percevaient moins souvent le manque d'accompagnement ($p = 0,03$) ou d'information ($p = 0,05$) comme étant des freins.

Les MSP multisites consacraient davantage de temps de coordination que les monosites ($p = 0,05$).

Les modalités d'accompagnements souhaités différaient selon le temps dédié : les MSP les plus investies dans la coordination privilégiaient les formations en présentiel (72,7% contre 43,8%), les plateformes d'échange (88% contre 59%), tandis que celles avec peu d'heures optaient plutôt pour des guides en ligne (82,9%) et un accompagnement personnalisé (85,7%).

Dans les MSP avec moins d'heures de coordination, le manque d'information, d'accompagnement, de temps, de formation et la complexité de la démarche étaient davantage cités comme obstacles.

La plupart des MSP plébiscitaient les guides en ligne (88,7% des MSP) et l'accompagnement personnalisé (84,3%). La visioconférence était surtout retenue par les MSP ayant un temps de coordination intermédiaire (86,7%).

4 Caractéristiques selon la profession du répondant,

➤ Tableau 4 (*Annexes 15-1 à 15-3*)

Les répondants non-médecins occupaient plus souvent un rôle de coordinateur ($p < 0,01$), exerçaient dans des MSP avec un nombre de membre plus élevé (19 membres en moyenne contre 14,3 pour les répondants médecins ; $p < 0,01$) et déclaraient assurer eux-mêmes la coordination dans 100% des cas. Ils y consacraient davantage de temps (11,7 heures par semaine contre 4,8 ; $p < 0,01$), rapportaient un meilleur niveau de connaissance en DQ ($p < 0,01$) et percevaient moins fréquemment le manque d'information ou d'accompagnement comme freins ($p < 0,01$). Ils privilégiaient volontiers le guide papier ($p = 0,05$), les formations en présentiel ($p = 0,02$), la visioconférence ($p = 0,02$) et l'accompagnement personnalisé ($p < 0,01$). Les MSP représentées par un non-médecin étaient plus souvent structurées au niveau 3 de la DQ (38,9% contre 3,3% pour les médecins).

À l'inverse, les médecins répondants occupaient principalement des fonctions à responsabilité au sein de la MSP : président (23,9%), leader (22,8%) ou membre du bureau (19,6%).

Enfin, l'intérêt perçu de la DQ était élevé dans les deux groupes, sans différence significative.

5 Caractéristiques selon l'année de labellisation de la MSP

➤ Tableau 5 (*Annexes 16-1 à 16-3*)

Les MSP labellisées avant 2019 avaient en moyenne plus de membres (17,2 membres ; $p = 0,01$), étaient majoritairement monosites (68,9% ; $p = 0,02$) et leurs répondants avaient un meilleur niveau de connaissance sur la DQ (5,6/10 contre 3,0/10 pour les MSP labellisées après 2022 ; $p < 0,01$). Elles recourraient plus fréquemment à une coordination extérieure (77,8% contre 53,1% pour celles labellisées après 2022 ; tendance $p = 0,08$), consacraient davantage de temps à cette fonction (7,5 heures par semaine contre 4,5 heures pour les MSP les plus récentes) et atteignaient plus souvent le niveau 3 de structuration (20,5%). Ces MSP jugeaient moins adaptée la formation en visioconférence ($p = 0,05$).

À l'inverse, les MSP plus récentes (2019-2022 et 2022-2024) étaient plus petites (12 à 14 membres), plus souvent multisites (56-59% ; $p = 0,02$) et moins avancées dans la structuration de leur DQ : 40,6% de celles labellisées entre 2022 et 2024 n'en avaient aucune déclarée.

Ces MSP privilégiaient davantage la visioconférence (84,6% pour les MSP d'après 2022 contre 57,1% pour les MSP d'avant 2019 ; $p = 0,05$) et l'accompagnement personnalisé (tendance $p = 0,06$).

Quelle que soit l'ancienneté de la labellisation, l'intérêt perçu de la DQ était jugé élevé et homogène pour les patients, les professionnels, les MSP elles-mêmes, la sécurité des soins et pour l'aspect financier.

6 Caractéristiques selon le type de MSP

➤ Tableau 6 (*Annexes 17-1 à 17-3*)

Les MSP monosites étaient en moyenne plus anciennes (labellisation en 2018,0 contre 2021,1 pour les multisites ; $p < 0,01$) et plus petites (13,5 membres contre 16,8 ; $p = 0,01$). Elles recouraient bien plus souvent à une coordination extérieure (81% contre 52% ; $p < 0,01$).

À l'inverse, les MSP multisites, plus récentes et avec plus de membres, consacraient davantage de temps à la coordination (7,2 heures par semaine contre 4,7 ; différence non significative) et étaient majoritairement implantées dans le Nord (64%). Elles bénéficiaient moins souvent de coordination assurée par une personne extérieure ($p < 0,01$).

Les connaissances déclarées sur la DQ étaient comparables dans les deux groupes (4,5-4,7/10), mais la structuration semblait légèrement plus avancée dans les multisites avec un niveau 3 atteint dans 12% des cas contre 7% dans les monosites.

L'intérêt pour la DQ était élevé et similaire quel que soit le type de MSP, tout comme la perception des freins. De même, les attentes d'accompagnement ne différaient pas : toutes privilégiaient les guides en ligne et l'accompagnement personnalisé.

7 Caractéristiques selon le mode de coordination de la MSP

➤ Tableau 7 (*Annexes 18-1 à 18-3*)

Lorsque la coordination était confiée à une personne extérieure, les répondants étaient moins souvent coordinateurs eux-mêmes ($p < 0,01$), davantage membres du bureau ($p = 0,03$) et exerçaient plus fréquemment dans des MSP multisites ($p < 0,01$).

À l'inverse, lorsque la coordination était assurée en interne, la MSP était plus souvent monosite (63,0% contre 31,4%).

La structuration était plus avancée lorsque la coordination était assurée par un membre interne, avec 12,3% des MSP atteignant le niveau 3 contre seulement 2,9% en cas de coordination externe.

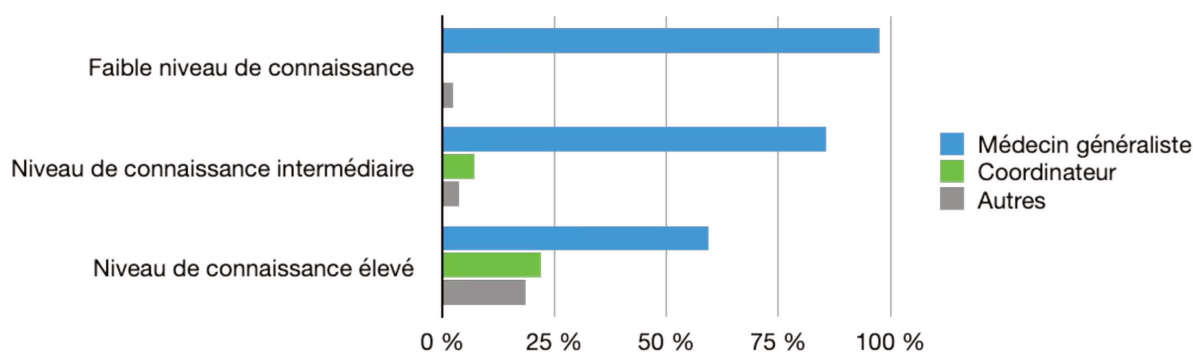
8 Caractéristiques selon le niveau de connaissance estimé du répondant sur la DQ

➤ Tableau 8 (*Annexes 19-1 à 19-3*)

Un niveau de connaissance estimé plus élevé sur la DQ (6 à 10 / 10) était associé à un plus grand nombre de membres dans la MSP ($p < 0,01$), à un temps de coordination plus important ($p < 0,01$) et à une plus grande probabilité que le coordinateur réponde ($p = 0,04$).

Lorsque les connaissances étaient faibles (0 à 3 / 10), les répondants étaient presque exclusivement des médecins généralistes (97,6%) (cf. [Table 7](#), *niveau de connaissance sur la DQ selon la profession du répondant*). Pour un niveau élevé de connaissances (6 à 10 / 10), la répartition était plus diversifiée, avec 59,4% de médecins et 21,9% de coordinateurs.

Table 7. Niveau de connaissance sur la DQ selon la profession du répondant



La structuration de la DQ suivait la même tendance : des connaissances faibles étaient associées à une absence de structuration (36,6%) et rarement au niveau 3 (2,3%) ; tandis qu'un haut niveau de connaissance était associé à une proportion nettement plus élevée de MSP au niveau 3 (25,8%) et seulement 3,2% sans structuration.

Les répondants avec un haut niveau de connaissance percevaient un intérêt plus marqué de la DQ pour les patients, les professionnels, les MSP et la sécurité des soins (tous $p < 0,01$). Ils citaient moins fréquemment le manque d'information et d'accompagnement comme freins (tous $p < 0,01$).

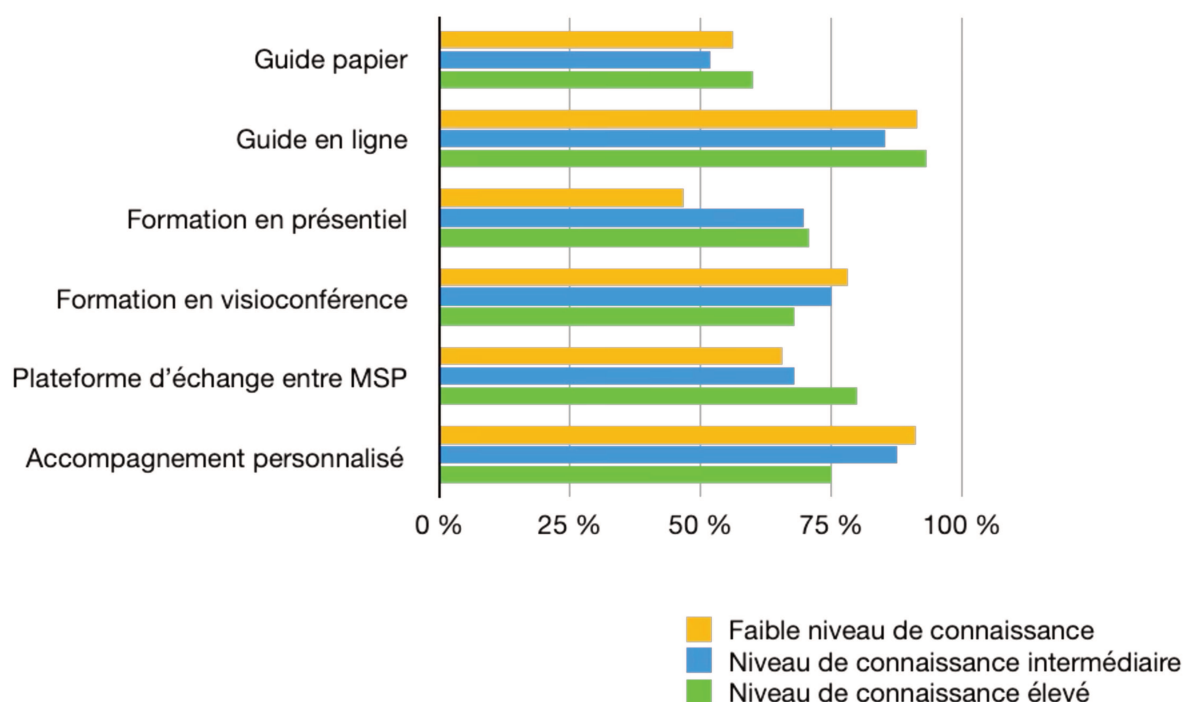
Le manque de temps était un obstacle, quel que soit le niveau de connaissance (4,1 à 4,4 / 5).

Enfin, les attentes en termes d'accompagnements variaient légèrement (cf. [Table 8, accompagnement privilégié en fonction du niveau de connaissance](#)) : les répondants avec un haut niveau de connaissance privilégiaient le guide en ligne (91,1%), les plateformes d'échange et l'accompagnement personnalisé (75%).

Avec un niveau de connaissance intermédiaire, l'accompagnement personnalisé (87,5%) et le guide en ligne (85,2%) étaient préférés.

Un faible niveau de connaissance privilégiait le guide en ligne (91,4%) et l'accompagnement personnalisé (91,2%).

Table 8. Accompagnement privilégié en fonction du niveau de connaissance



Discussion

1 Principaux résultats

Notre étude était la première, à l'échelle d'une région entière (les Hauts-de-France), à documenter le développement de la DQ en MSP.

1.1 Des dynamiques territoriales

Globalement, le profil régional évoluait vers des MSP plus récentes, avec moins de membres, plus souvent multisites et reflétait des nouvelles modalités d'organisation. Les MSP historiques, mieux dotées en temps de coordination et davantage soutenues par des coordinateurs externes, affichaient une maturité supérieure dans la DQ. Les axes de travail variaient selon les territoires et pouvaient refléter la différence des besoins locaux.

L'**ancienneté** apparaissait ainsi comme un facteur majeur de maturité de la démarche qualité, tandis que les MSP récentes témoignaient d'un besoin accru de soutien pour progresser.

Le Pas-de-Calais apparaissait comme le département le plus avancé, avec un niveau de connaissance plus élevé et un niveau de maturité de la DQ plus fréquemment à 2 ou 3. Le Nord était caractérisé par des MSP plus récentes et multisites, et majoritairement structurées sur la DQ au niveau 1. Ceci pouvait suggérer la mise à disposition de nouveaux outils ou de nouvelles ressources pour accompagner ces nouvelles structures. Dans l'Aisne, les structures plus anciennes et essentiellement monosites, apparaissaient fortement dépendantes de coordinateurs externes. L'Oise présentait des effectifs plus réduits et un intérêt moins marqué pour la DQ. Les MSP de la Somme accusaient un retard manifeste, combinant des connaissances plus faibles, peu de temps dédié à la coordination et 40% de MSP sans structuration.

1.2 Sur les connaissances et l'intérêt de la DQ en MSP

Le niveau de connaissance sur la DQ était globalement faible en MSP dans les HDF, avec une moyenne de 4,7/10, alors même que l'intérêt perçu était élevé pour les patients, les soignants et pour les MSP.

Un niveau de connaissance plus élevé s'associait à une fonction de coordination plus présente et mieux identifiée, à des MSP plus grandes et plus anciennes, et à une maturité accrue de la DQ. Des connaissances élevées renforçaient l'utilité perçue et atténuaient les freins organisationnels, sans toutefois lever la contrainte de temps.

Ces MSP percevaient la DQ comme plus bénéfique et moins contraignante, traduisant le rôle déterminant de la **formation et de la professionnalisation de la coordination** dans la diffusion de la culture qualité.

1.3 Sur le déploiement et la maturité de la DQ en MSP

Près de deux tiers des MSP des HDF déclaraient avoir engagé une DQ (65,1%) et, toutes MSP confondues, près de la moitié avait une DQ structurée (47,7%). Ainsi,

seules 2 MSP sur 10 n'en avaient pas initié. Cette dynamique, très encourageante, confirmait l'intérêt qu'avaient les MSP pour la DQ.

Parmi les MSP structurées, plus de la moitié l'étaient au niveau 1 (53,85% des MSP structurées). Ceci suggérait que, au-delà du manque de connaissance, d'autres freins pouvaient expliquer le manque de maturité de la DQ et pouvaient suggérer l'intérêt d'un accompagnement renforcé.

Plus le temps de coordination augmentait, plus les structures s'investissaient dans la DQ et tendaient vers une plus grande maturité de la démarche.

Conformément aux guides de la HAS (2), la progression de la maturité s'accélérait lorsque les équipes s'appuyaient sur des outils standardisés, tels que les indicateurs de qualité, et également sur des cycles d'amélioration continue mêlant audit-feedback et revues d'équipes, ce qui permettait de dépasser le stade déclaratif du niveau 1.

1.4 Sur les axes prioritaires de développement de la DQ en MSP

Les axes les plus développés concernaient le travail en équipe, le système d'information et l'implication des patients.

Ces choix rejoignaient les expériences internationales, notamment en Angleterre où le *GP Patient Survey*, enquête nationale annuelle sur l'expérience des patients en médecine générale, orientait les actions vers l'amélioration de la communication, l'information aux patients, la continuité des soins et l'expérience globale des soins (10).

1.5 Sur les freins liés au développement de la DQ en MSP

Les freins majeurs identifiés étaient le manque de temps – reflet de la réalité de l'exercice ambulatoire – le manque d'information, la formation insuffisante et la complexité perçue de la démarche. À l'inverse, le manque d'accompagnement et le manque d'intérêt étaient peu cités. Le financement via l'ACI apparaissait comme étant l'obstacle le moins important.

Ces constats suggéraient que les intérêts financiers n'étaient pas majeurs et que les MSP avaient surtout besoin de temps dédié, d'une meilleure communication et d'une meilleure formation, avec des formations ciblées. Ceci traduisait surtout un enjeu **organisationnel**.

Les expérimentations françaises autour des indicateurs de qualité confirmaient que la réussite reposait sur la désignation d'un pilote clairement identifié – souvent un coordinateur –, l'intégration de la collecte de données dans le système d'information, des formations courtes et ciblées, ainsi qu'une mise en œuvre progressive de la démarche (12).

1.6 Sur les leviers pour développer la DQ en MSP

Les leviers les plus fréquemment évoqués étaient l'**accompagnement externe**, dont bénéficiait près d'une MSP sur deux, ainsi que la mise à disposition d'**outils simples et interactifs**, qu'il s'agisse de guides en ligne, de plateformes d'échanges entre MSP ou d'un accompagnement personnalisé. Ces ressources existaient déjà via la HAS, les ARS, les URPS et les associations de MSP, mais leur diffusion et leur adaptation aux contextes locaux restaient insuffisantes (57).

Un soutien adapté, selon le profil de la MSP, apparaissait pertinent : les MSP avec davantage d'heures de coordination privilégiaient les formations en présentiel et les plateformes collaboratives, tandis que les MSP ayant peu de temps préféraient recourir à des guides en ligne et à des accompagnements personnalisés.

Ainsi, les MSP ayant plus d'heures de coordination exprimaient une attente plus forte envers des dispositifs collaboratifs et interactifs, signe d'une maturité plus aboutie, alors que les MSP plus récentes attendaient davantage de dispositifs modernes et individualisés.

1.7 Sur les rôles de la coordination pour développer la DQ en MSP

La **coordination** et l'**organisation structurelle** de la MSP jouaient un rôle central dans la diffusion de la culture qualité.

Plus les connaissances étaient élevées, plus la coordination était représentée, avec une DQ perçue comme plus utile, tandis que les freins organisationnels s'atténuaient. Le coordinateur occupait une place déterminante, son implication était corrélée à une meilleure appropriation de la qualité par l'équipe.

Ces résultats faisaient écho aux expériences danoises, où les « *quality clusters* », en médecine générale, s'appuyaient sur un coordinateur chargé d'organiser des revues régulières de données, avec des actions d'amélioration, favorisant la maturation progressive des structures sur la qualité (58).

Lorsque la coordination était assurée par un professionnel non-médecin, qu'il ait été coordinateur de métier ou paramédical, les équipes se montraient plus impliquées dans la coordination, déclaraient un niveau de connaissance plus élevé et percevaient moins de freins liés à l'information et à l'accompagnement.

La taille et la complexité organisationnelle favorisaient de fait une représentation par des coordinateurs, plutôt que par des médecins, ces derniers ayant plus volontiers des responsabilités de gouvernance.

La présence d'un coordinateur dédié, associée à une maturité supérieure et à une réduction de la perception des obstacles, traduisait probablement de meilleures formations et un meilleur accompagnement du professionnel.

Enfin, l'augmentation du temps dédié s'accompagnait souvent d'un glissement de la fonction depuis les médecins vers des coordinateurs professionnels, ce qui conforte l'idée que les coordinateurs non-médecins constituaient de véritables professionnels du pilotage de la coordination et du déploiement de la DQ.

Ce constat soulignait l'importance d'appuyer la fonction de coordination comme levier de diffusion de la culture qualité, en sécurisant du temps dédié et en proposant des outils adaptés.

L'allocation de temps à la coordination apparaissait ainsi comme un **levier majeur du développement de la démarche qualité**.

2 Discussion des résultats

2.1 Intérêts de la DQ

Évaluer la qualité d'un soin est aujourd'hui indispensable. Les soins primaires sont décrits par Starfield comme étant des soins de « *premier contact, continus et coordonnés* » (34), ils impliquent une prise en charge globale, complexe et continue sans que les objectifs curatifs ne soient immédiats.

Dans les soins primaires, la prévention occupe une place centrale. L'absence d'apparition de maladie ou de complication étant une réussite, elle doit pouvoir être quantifiée. D'ailleurs, de nombreux intervenants peuvent prendre en charge un patient pour un même épisode de soin (*paramédicaux, autres médecins, autres structures*), ce qui rend l'identification d'un résultat *mesurable* difficile avec les outils de mesures classiques.

Enfin, dans un contexte de coordination pluriprofessionnelle, l'influence du médecin de premier recours sur la trajectoire de santé du patient peut être limitée ou indirecte.

Tout ceci explique pourquoi il n'est plus possible, dans les soins primaires, de se limiter aux indicateurs classiques de morbi-mortalité pour évaluer la réussite du bon soin (*taux de décès, nombre de maladies chroniques, événements aigus, nombre de prescriptions, etc.*). Le rôle majeur de la DQ en soins primaires est de développer des outils adaptés à la réalité du terrain et des soins de premier recours pour en améliorer la qualité.

2.2 Apports de l'étude

Notre étude était la première menée à l'échelle régionale sur la DQ en MSP. Elle montrait que si l'intérêt pour la DQ était jugé élevé par les professionnels, leur niveau de connaissance restait faible et traduisait une diffusion encore limitée de cette culture en soins primaires.

La majorité des MSP comprenaient son intérêt et l'avaient initiée, pourtant souvent à un stade peu mature : la dynamique étant réelle mais encore fragile.

Les axes privilégiés concernaient le travail en équipe, le système d'information et l'implication des patients, en cohérence avec les recommandations internationales.

Les principaux freins identifiés relevaient de contraintes *organisationnelles* – manque de temps, d'information et de formation – et *structurelles* (complexité de la démarche), plutôt que par un manque d'intérêt ou de financement.

À l'inverse, les leviers cités incluaient l'accompagnement externe, des outils pratiques et des plateformes d'échanges. Bien que déjà disponibles, ils étaient encore insuffisamment diffusés et adaptés aux réalités de terrain (12).

L'enseignement majeur de ce travail concernait le rôle central de la coordination. Les MSP plus anciennes, plus grandes et disposant davantage d'heures dédiées présentaient une structuration plus avancée avec une meilleure appropriation de la DQ. Le coordinateur était un acteur déterminant de la diffusion de la culture qualité, surtout s'il s'agissait d'un professionnel non-médecin, moins enclin à percevoir les freins liés au manque d'information, d'accompagnement ou de temps.

Ces résultats plaident pour un renforcement du rôle de coordinateur, avec du temps dédié, des outils adaptés et un soutien renforcé de son rôle en le professionnalisant, pour favoriser la maturation de la DQ en soins primaires.

3 Discussion de la méthode

3.1 Limites de l'étude

Cette étude comportait des limites dont il convient de discuter.

3.1.1 *Taux de réponse et représentativité*

Bien que le retour de 110 questionnaires ait été satisfaisant, un taux de réponse de 39,43% reste insuffisant pour garantir une représentativité des 279 MSP ciblées dans les HDF.

Le sujet lui-même, considéré par les professionnels comme étant complexe et parfois secondaire, a pu contribuer à limiter son intérêt et donc la participation à l'étude. Le biais de sélection lié à la surreprésentation éventuelle de certaines MSP, plus sensibilisées à la DQ, ne pouvait être exclu.

Il n'existait pas de donnée transmise sur le sujet par les fédérations ou associations de MSP qui aurait permis de comparer la représentativité des réponses, et d'assurer la validité externe de l'étude. Les MSP n'avaient pas de représentativité syndicale qui aurait également permis une validité externe de l'étude.

3.1.2 *Biais de sélection et d'échantillonnage*

Le mode d'envoi du questionnaire, adressé directement aux MSP et non spécifiquement à leurs coordinateurs, a pu introduire un biais de sélection. Ce choix délibéré visait à éviter une sur-connaissance de la DQ par les coordinateurs et à obtenir un retour plus spontané des professionnels.

Certaines MSP qui n'avaient pas pu être jointes (courriers retournés, numéros injoignables, refus du partage de l'adresse électronique), avaient volontairement été incluses car leur organisation pouvait être considérée comme étant le témoin d'une DQ inaboutie et limitait le biais de non-réponse.

3.1.3 *Limites liées au questionnaire*

Le questionnaire a été volontairement simplifié pour maximiser le taux de réponse. Ceci a pu restreindre la diversité et la précision des informations collectées.

Certaines dimensions importantes n'ont pas été explorées. Il aurait pu être demandé aux répondants s'ils souhaitent un accompagnement pour développer leur DQ. Par ailleurs, avoir connaissance de l'adhésion éventuelle de la MSP à une association aurait permis d'analyser un facteur déterminant de l'engagement dans la DQ.

Par ailleurs, l'EVA, destinée à évaluer le niveau de connaissance, n'indiquait pas explicitement la consigne « entourer », ce qui a conduit à plusieurs non-réponses (9 questionnaires incomplets).

3.1.4 Durée et période de recueil de données

La période de recueil, limitée à trois mois, pouvait être considérée comme étant courte au regard de la difficulté d'obtenir des réponses dans ce type d'enquête. Une durée plus longue aurait pu améliorer le taux de participation et limiter le risque de sous-représentation de certaines MSP.

3.1.5 Contraintes liées au recueil de données

La collecte de données a été confrontée à de nombreuses difficultés pratiques : secrétariats aux organisations hétérogènes, télésecrétariats délocalisés qui connaissaient parfois mal l'organisation interne, plusieurs secrétaires pour la même MSP et mauvaise diffusion de l'information, horaires variables, adresses et numéros de téléphone incomplets ou incorrects.

Ces obstacles ont pu entraîner une perte d'information et ont rendu plus complexe la diffusion et la relance des questionnaires.

En raison du caractère fastidieux et chronophage de cette démarche, avec un risque de perte d'information, il a volontairement été choisi de ne pas appeler systématiquement les MSP avant l'envoi postal, bien que cela ait pu augmenter le taux de réponse.

3.1.6 Autres biais

Un risque faible, mais existant, de double réponse était à mentionner, notamment lorsqu'un courrier retourné avait conduit à un renvoi du questionnaire par voie électronique. Toutefois aucune concordance n'a été retrouvée entre les questionnaires rendus, ce qui limitait ce biais.

Bien que neutres, la formulation de certaines questions avait pu laisser place à des interprétations différentes selon les répondants, introduisant un risque très faible de biais de sélection.

Enfin, comme toute enquête par auto-questionnaire, les réponses reposaient sur une déclaration subjective des professionnels, et exposaient à un biais de sélection des participants les plus sensibilisés au sujet.

3.2 Forces de l'étude

3.2.1 Étude d'ampleur régionale

Cette recherche constituait, à notre connaissance, la première réalisée à l'échelle d'une région entière – les Hauts-de-France – portant spécifiquement sur le niveau de connaissance et le développement de la DQ au sein des MSP.

Ceci conférait à l'étude une valeur ajoutée significative et la plaçait comme un travail majeur dans la qualité en soins primaires.

3.2.2 Taille de l'échantillon

Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des 279 MSP des HDF. 110 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation de 39,43% et représentait 1627 professionnels de santé exerçant en MSP. Avec un tel échantillon, la marge d'erreur était estimée à environ $\pm 6\%$ pour un niveau de confiance de 95%. Ce taux de réponse, très satisfaisant pour une enquête de ce type, permettait une analyse robuste des

tendances régionales, bien que la possibilité d'un biais de non-réponse doive être prise en compte.

Ce volume de données offrait ainsi une puissance statistique suffisante pour dégager des résultats fiables et généralisables à l'échelle régionale.

3.2.3 Solidité méthodologique et indépendance

L'étude se distinguait par une méthodologie rigoureuse et indépendante. Elle n'a pas été conduite sous l'égide d'institutions officielles (*ARS, associations de MSP*), et reposait sur un financement personnel de l'auteur. Ce choix renforçait l'impartialité des résultats et la liberté d'analyse.

La constitution et la vérification de la base des 279 MSP, avec contacts répétés et relances téléphoniques ou par mail, a permis d'assurer la fiabilité du recueil et de renforcer la qualité de l'étude.

3.2.4 Qualité du questionnaire

Le questionnaire a fait l'objet d'un travail approfondi, aboutissant à un outil court (16 questions), clair, visuel et rapide à remplir. Ce travail a permis de maximiser le taux de réponse en limitant la charge pour les participants.

Les validités interne et externe du questionnaire renforçaient sa robustesse.

3.2.5 Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire par voie postale, parfois complétée par courriel, constituait un autre point fort de l'étude. Ceci a permis d'atteindre davantage de MSP, de réduire le biais de sélection lié à un mode unique de diffusion, et d'améliorer la représentativité de l'échantillon (biais de sélection).

Bien que plus fastidieux et plus onéreux, le recours au format papier, avec une stratégie d'envoi personnalisée, a été très efficace et a permis un taux élevé de réponses.

Ces forces et ces résultats conféraient à notre étude une portée suffisante pour ouvrir la voie à des perspectives concrètes et adaptées, en faveur de l'avenir de la DQ en MSP.

4 Perspectives

4.1 Renforcer les formations initiales et continues

Pour renforcer l'adhésion des professionnels de santé sur la démarche qualité – et notamment celle des médecins –, une première perspective est de les sensibiliser davantage lors de leurs **formations initiales et continues**, à la fois par une approche théorique et pratique, et par la mise en application des outils déjà disponibles. Les formations continues doivent être courtes et personnalisées, afin d'être adaptées à l'exercice ambulatoire.

4.2 Accompagnements externes

De nombreuses MSP expriment un sentiment d'isolement face à la complexité de la démarche qualité. Les ARS, les URPS et les fédérations régionales de MSP disposent déjà d'outils et de dispositifs d'appui, mais ceux-ci sont encore inégalement diffusés. La **formation PACTE** (*programme d'amélioration continue du travail en équipe*) (59), en soins primaires, portée notamment par la FEMAS, et en lien avec l'École des Hautes études en santé publique, constitue un exemple pertinent. Elle propose un accompagnement structuré des équipes pluriprofessionnelles, avec des modules dédiés à la démarche qualité. Sa généralisation permettrait de constituer une formation socle commune à toutes les MSP et de rompre l'isolement des équipes, surtout en début de structuration.

4.3 Soutenir les MSP en début de structuration

Il est nécessaire de soutenir les MSP récemment labellisées ou de petite taille, qui cumulent davantage de freins et de difficultés.

Un **accompagnement** léger et progressif pourrait être envisagé afin de permettre d'atteindre rapidement un premier niveau de structuration, avant d'engager des démarches plus avancées. Des dispositifs de mentorat par des MSP plus matures ou des plateformes d'échanges entre MSP pourraient renforcer la montée en compétence des nouvelles équipes.

Cette approche permettrait d'éviter le désintérêt des structures les plus fragiles et de sécuriser leur engagement dans une DQ durable (60).

4.4 Professionnaliser la coordination et sécuriser du temps dédié

La diffusion de la culture qualité doit également passer par la **professionnalisation du rôle de coordinateur**, dont notre étude a montré le caractère déterminant. Un coordinateur doit être identifié, formé et disposer d'un temps protégé, sans lequel la démarche qualité risquerait de rester inaboutie.

Les discussions en cours sur l'évolution de l'ACI (61) intègrent cette dimension et pourraient conduire à la reconnaissance d'un professionnel spécifiquement dédié à la coordination, par exemple un(e) infirmier(e) de coordination en MSP ou un(e) cadre de santé. L'enjeu est de sécuriser le financement de cette fonction et de développer des compétences spécifiques, en dotant les coordinateurs d'une fiche de mission claire et d'un parcours de formation aligné avec les objectifs de l'ACI.

4.5 La DQ dans l'ACI

L'indicateur « *démarche qualité* », actuellement considéré comme optionnel dans l'ACI, pourrait à terme devenir un **critère socle**. Un tel positionnement alignerait les incitations financières sur les enjeux de terrain et renforcerait la légitimité de la démarche – sous réserve d'un accompagnement conforme aux attentes des professionnels et de la mise à disposition d'outils adaptés à l'ambulatoire.

4.6 Les outils adaptés à l'ambulatoire

Une autre perspective est de développer davantage d'outils spécifiquement adaptés à l'exercice ambulatoire, les outils actuels étant encore peu adaptés aux soins primaires. Pour surmonter ces limites, certaines études suggèrent (2,12,13,16,17) :

- De renforcer les preuves d'efficacité spécifiques à la médecine générale ;
- De simplifier l'intégration de ces outils aux logiciels médicaux ;
- De mettre à disposition des outils d'analyse des guides et des résultats pour en faciliter l'interprétation ;
- D'impliquer les professionnels et les patients dans le choix et la conception de leurs propres outils afin de favoriser une autonomie clinique ;
- D'adopter une approche ascendante (ou *bottom-up* ou *retour d'expérience*) plus adaptée aux soins primaires ;
- Pour les IQ destinés aux patients, de développer des questionnaires simples, lisibles et adaptés à la littératie du patient, avec éventuellement une aide au remplissage.

4.7 « Maisons France Santé » : intégrer la DQ dès la conception

Enfin, l'annonce du 13 septembre 2025 de Monsieur le Premier ministre Sébastien Lecornu, sur l'objectif de déployer 5000 « Maisons France Santé » d'ici 2027, représente une opportunité majeure (62). Intégrer la DQ, dès la phase de conception de ces nouvelles structures, permettrait de poser un socle homogène et robuste, et pourrait constituer un modèle d'avenir pour les MSP actuelles et futures. Cela faciliterait le déploiement national de la DQ et ancrerait durablement cette démarche au sein du système de santé français de premier recours.

Ces perspectives visent à faire de la démarche qualité un levier d'amélioration des pratiques et un outil de transformation organisationnelle des MSP.

Conclusion

Tous les professionnels de santé font de la démarche qualité au quotidien, de manière consciente ou non. La structurer permet de réduire les inégalités de soins et d'uniformiser les pratiques sur les territoires.

Les perspectives qui se dessinent reposent sur une stratégie graduelle, centrée sur des outils simples et validés, soutenue par une coordination renforcée et appuyée par des dispositifs externes. Elles visent à faire de la démarche qualité en MSP non pas une contrainte administrative, mais un véritable levier d'amélioration continue, au service des patients comme des professionnels.

Liste des figures et des tables

Figure 1. Matrice de maturité en soins primaires.....	23
Table 1. Répartition des réponses par département.....	31
Table 2. Représentativité des départements dans les réponses.....	32
Table 3. Répartition des MSP selon le niveau de structuration de leur DQ.....	33
Table 4. Principaux freins liés au développement de la DQ (notes de 0 à 5).....	33
Table 5. Formats d'accompagnements privilégiés.....	34
Table 6. Niveau de structuration de la DQ en fonction du département de la MSP.....	35
Table 7. Niveau de connaissance sur la DQ selon la profession du répondant.....	38
Table 8. Accompagnement privilégié en fonction du niveau de connaissance.....	39

Références

1. OCDE, Organisation mondiale de la Santé, World Bank Group. La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Internet]. OECD; 2019 [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/la-qualite-des-services-de-sante-un-imperatif-mondial-en-vue-de-la-couverture-sante-universelle_62f287af-fr.html
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Qualité des soins perçue par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs : Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements [Internet]. Saint-Denis la Plaine: Haute Autorité de Santé (HAS); 2021 juill [cité 2 avr 2025] p. 134. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277049/fr/qualite-des-soins-percue-par-le-patient-indicateurs-proms-et-prems-panorama-d-experiences-etrangees-et-principaux-enseignements
3. Christian Thomsen. Définition de « Démarche qualité ». In: Dictionnaire médical [Internet]. dictionnaire-medical.fr. Paris; [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/808-demarche-qualite/>
4. Michel P, Grenier C. « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût ». Rev Fr Aff Soc. 1 déc 2019;(3):135-7.
5. Martinez F, Hurlimann C, Boudin D, Jourdain A. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Principes Gén Qual. 2001;(35):18-28.
6. Sophie C. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante -. 2021;
7. Arnold C, Hennrich P, Wensing M. Patient-reported continuity of care and the association with patient experience of cardiovascular prevention: an observational study in Germany. BMC Prim Care. déc 2022;23(1):176.
8. Murphy M, Salisbury C, Hollinghurst S. Can the outcome of primary care be measured by a Patient Reported Outcome Measure? Br J Gen Pract. déc 2014;64(629):647-8.
9. Berg SK, Svanholm J, Lauberg A, Borregaard B, Herning M, Mygind A, et al. Patient-reported outcomes at hospital discharge from Heart Centres, a national cross-sectional survey with a register-based follow-up: the DenHeart study protocol. BMJ Open. avr 2014;4(5):e004709.
10. Raleigh VS, Frosini F. Improving GP services in England: exploring the association between quality of care and the experience of patients. King's Fund. nov 2012;18.
11. Coulter A. Engaging Patients in Health Care. Open University Press. Maidenhead (UK); 2011. 227 p. (Global Public Health Collection).
12. Haute Autorité de Santé (HAS). PROMs : Comment les mettre en œuvre ? 2023. PROMs : Comment les mettre en œuvre ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/proms_comment_les_mettre_en_oeuvre_mai_2023.pdf
13. Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche méthodologique : étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé

(HAS); 2021 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3306659/fr/indicateurs-de-qualite-des-parcours-de-soins

14. Brower K, Schmitt-Boshnick M, Haener M, Wilks S, Soprovich A. The use of patient-reported outcome measures in primary care: applications, benefits and challenges. *J Patient-Rep Outcomes*. oct 2021;5(S2):84.

15. Kendrick T, Dowrick C, Lewis G, Moore M, Leydon GM, Geraghty AW, et al. Patient-reported outcome measures for monitoring primary care patients with depression: the PROMDEP cluster RCT and economic evaluation. *Health Technol Assess*. mars 2024;1-95.

16. Litchfield I, Greenfield S, Turner GM, Finnikin S, Calvert MJ. Implementing PROMs in routine clinical care: a qualitative exploration of GP perspectives. *BJGP Open*. janv 2021;5(1):bjgpopen20X101135.

17. Turner GM, Litchfield I, Finnikin S, Aiyegbusi OL, Calvert M. General practitioners' views on use of patient reported outcome measures in primary care: a cross-sectional survey and qualitative study. *BMC Fam Pract*. déc 2020;21(1):14.

18. Kendrick T, Moore M, Leydon G, Stuart B, Geraghty AWA, Yao G, et al. Patient-reported outcome measures for monitoring primary care patients with depression (PROMDEP): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. déc 2020;21(1):441.

19. Wieldraaijer T, Meij M, Zwaard S, Weert H, Wind J. Introducing a time out consultation with the general practitioner between diagnosis and start of colorectal cancer treatment: Patient-reported outcomes. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. nov 2019 [cité 2 avr 2025];28(6). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13141>

20. Iversen HH, Holmboe O, Bjertnaes O. Patient-reported experiences with general practitioners: a randomised study of mail and web-based approaches following a national survey. *BMJ Open*. oct 2020;10(10):e036533.

21. Weenink JW, Braspenning J, Wensing M. Patient reported outcome measures (PROMs) in primary care: an observational pilot study of seven generic instruments. *BMC Fam Pract*. déc 2014;15(1):88.

22. Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS publie les résultats 2022 des indicateurs de qualité des soins dans les établissements de santé. 2023 [cité 2 avr 2025]. La HAS publie les résultats 2022 des indicateurs de qualité des soins dans les établissements de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3412202/fr/la-has-publie-les-resultats-2022-des-indicateurs-de-qualite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante

23. Haute Autorité de Santé (HAS), Thuong CT, Morin S, Coquelin A, Gloannec M, May-Michelangeli L. Développement d'un indicateur de qualité des soins perçue par les patients adultes pris en charge dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie. 2022;10.

24. Assurance Maladie (CNAM), Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Haute Autorité de Santé (HAS). Questionnaire d'expérience patient « Episodes de soins » (EDS) [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/prems_eds_juillet_2021.pdf

25. Haute Autorité de Santé (HAS). Développement d'un indicateur d'expérience patient sur l'hygiène des mains. 2023 [cité 8 mai 2025]. Développement d'un indicateur d'expérience patient sur l'hygiène des mains. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3425934/fr/developpement-d-un-indicateur-d-experience-patient-sur-l-hygiene-des-mains
26. Haute Autorité de Santé (HAS). Haute Autorité de Santé (HAS). 2023 [cité 8 mai 2025]. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises
27. masante2022_rapport_pertinence-2.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence-2.pdf
28. flyer_proms_prems_recueillir_le_vecu_des_patients_2024.pdf.
29. France. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 [Internet]. Code de la Santé Publique, JORF n° 0305, texte n° 72, 29 décembre 2017 déc 29, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036341354>
30. projet_strategique_2019-2024.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/projet_strategique_2019-2024.pdf
31. ameliorer_la_qualite_en_sante_rapport_danalyse_prospective_has_2024.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/ameliorer_la_qualite_en_sante_rapport_danalyse_prospective_has_2024.pdf
32. Haute Autorité de Santé (HAS). La certification des établissements de santé pour la qualité des soins. 2020 [cité 7 août 2025]. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins
33. Druais PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015 mars [cité 7 août 2025] p. 91. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante>
34. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
35. Mansour D. L'expérience patient en cabinet de médecine générale dans les Alpes-Maritimes: état des lieux et facteurs influençant l'expérience des patients [Internet] [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Nice]: Faculté de Médecine de Nice; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968508v1/file/2020NICEM049.pdf>
36. ameliorer_la_qualite_en_sante_rapport_danalyse_prospective_has_2024.pdf [Internet]. [cité 3 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/ameliorer_la_qualite_en_sante_rapport_danalyse_prospective_has_2024.pdf

37. France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879, JORF n° 0167, texte n° 1, daté du 22 juillet 2009 juill 21, 2009.
38. France. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940, JORF n° 0185, texte n° 2, 11 août 2011 août 10, 2011.
39. France. Article L6323-3 relatif aux établissements et services de santé [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. L6323-3, L6323-3 déc 25, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615/2022-04-07/
40. URPS-ML-MSP-Guide-pratique-MASTER-images-compressées.pdf [Internet]. [cité 3 août 2025]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/04/URPS-ML-MSP-Guide-pratique-MASTER-images-compress%C3%A9es.pdf>
41. Ministère de la Santé (France). Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024 [cité 7 août 2025]. Exercice coordonné des soins de premier recours. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
42. Agence régionale de santé Hauts-de-France (ARS). Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). 2023 [cité 3 août 2025]. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
43. Assurance Maladie (CNAM). La rémunération forfaitaire des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). 2025 [cité 3 août 2025]. La rémunération forfaitaire des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
44. France. Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 [Internet]. Code de la Santé Publique août 3, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>
45. France Assos Santé. France Assos Santé Hauts-de-France, délégation régionale de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS). [cité 3 août 2025]. France Assos Santé Hauts-de-France, délégation régionale de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS). Disponible sur: <https://hauts-de-france.france-assos-sante.org/>
46. AVECsanté [Internet]. [cité 3 août 2025]. Accueil. Disponible sur: <https://avecsante.fr/>
47. FEMAS Hauts-de-France (Fédération des Maisons de Santé des Hauts-de-France). AVECsanté, FEMAS Hauts-de-France (Fédération des Maisons de Santé des Hauts-de-France). [cité 3 août 2025]. AVECsanté. Disponible sur: <https://avecsante.fr/blog/federation/femas-hauts-de-france/>

48. Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS). Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles dans les Hauts-de-France. 2025 [cité 15 août 2025]. Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles dans les Hauts-de-France. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
49. Petit R. Etat des lieux des transformations et innovations des maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de- France depuis leur création [Internet] [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Lille]: Université de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2023. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM115.pdf?utm_source=chatgpt.com
50. Jepson C, Asch DA, Hershey JC, Ubel PA. In a mailed physician survey, questionnaire length had a threshold effect on response rate. *J Clin Epidemiol*. janv 2005;58(1):103-5.
51. Edwards P, Perkins C. Response is increased using postal rather than electronic questionnaires – new results from an updated Cochrane Systematic Review. *BMC Med Res Methodol*. 16 sept 2024;24(1):209.
52. Agence régionale de santé Hauts-de-France (ARS). Liste des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS). 2022 [cité 15 août 2025]. Liste des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS). Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp-et-des-centres-de-sante-cds>
53. Assurance Maladie (CNAM). Annuaire santé - Ameli [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://annuaire.sante.ameli.fr/>
54. PagesJaunes. PagesJaunes | Trouvez les professionnels autour de vous [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.pagesjaunes.fr/>
55. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, Diguiseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 juill 2009;2009(3):MR000008.
56. France. Comment calculer les effectifs d'une entreprise ? [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F24332>
57. ARS Île-de-France. Comment déployer des questionnaires expérience patient. [cité 12 sept 2025]. Comment déployer des questionnaires expérience patient. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2025-05/Comment%20d%C3%A9ployer%20des%20questionnaires%20exp%C3%A9rience%20patient_v1.2.pdf
58. Kousgaard MB, Mikkelsen TH, Bundgaard M, Madsen MH, Klausen MB, Kristensen MT, et al. Introducing quality clusters in general practice – a qualitative study of the experiences of cluster coordinators. *BMC Prim Care*. 25 août 2022;23(1):215.
59. FEMAS C. Formation PACTE Porteur de projets en MSP - Fédération de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Hauts-de-France [Internet]. 2024 [cité 17 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/formation-pacte-leaders-msp/>
60. URPS Médecins Libéraux Occitanie. URPS ML Occitanie – Guide pratique MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) [Internet]. Occitanie: URPS ML Occitanie; 2020 avr [cité 3 août 2025] p. 53. Disponible sur: <https://www.medecin->

occitanie.org/wp-content/uploads/2020/04/URPS-ML-MSP-Guide-pratique-MASTER-images-compress%C3%A9es.pdf

61. AvecsanteNA A. État des négociations de l'avenant à l'ACI des MSP en 2025 : ou en sommes nous? - AVECSanté Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2025 [cité 21 sept 2025]. Disponible sur: <https://avecsantena.fr/etat-des-negociations-de-lavenant-a-laci-des-msp-en-2025-ou-en-sommes-nous/>

62. info.gouv.fr [Internet]. [cité 17 sept 2025]. 5 000 maisons « France santé » d'ici à 2027. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/5-000-maisons-france-sante-d-ici-2027>

Annexe 1-1



PROMs et PREMs : recueillir le vécu des patients pour optimiser la qualité des soins

Pour améliorer la qualité des soins, le point de vue des patients est essentiel et complémentaire à l'évaluation des pratiques menée par les professionnels.

Deux concepts permettent de recueillir et mesurer la qualité des soins à partir du vécu des patients en utilisant des questionnaires validés :

- les **PROMs** (Patients-Reported Outcome Measures) qui mesurent la **qualité des résultats de soins perçus** par le patient ;
- les **PREMs** (Patient-Reported Experience Measures) qui mesurent la **qualité de l'expérience des soins vécus** par les patients.

Un programme pluriannuel d'actions sur les PROMs pour favoriser leur utilisation est en cours et vous pouvez dès à présent retrouver les publications disponibles au dos de cette fiche.

Pour en savoir plus sur
l'ensemble des travaux
réalisés sur les PROMs



Annexe 1-2

Pour mieux comprendre les PROMs et les PREMs

Un **panorama de la littérature internationale** qui éclaire la thématique des indicateurs de qualité perçue par le patient.

Pour accéder aux
principaux messages



Pour mieux connaître les initiatives réalisées en France sur le recueil des PROMs

Une **enquête nationale** qui présente les principes généraux pour l'utilisation des PROMs. Il est utile pour toutes les pathologies.

Le **suivi de la mise en œuvre du recueil** de PROMs en ville ou en établissements de santé, suite à des appels à projets.

Pour en savoir plus



Pour vous aider à utiliser les PROMs en pratique clinique courante

Un **guide général** qui présente les principes généraux pour l'utilisation des PROMs. Il est utile pour toutes les pathologies.

5 guides spécifiques qui concernent des pathologies chroniques retenues dans la stratégie de transformation du système de santé (« Ma Santé 2022 ») : bronchopneumopathie chronique obstructive, syndrome coronarien chronique, maladie rénale chronique, insuffisance cardiaque, obésité.

Une **aide à l'utilisation de questionnaires PROMs** dans le cadre de l'expérimentation « Épisode de soins » (article 51), pour 3 pathologies : prothèse totale de hanche programmée, prothèse totale de genou programmée et colectomie pour cancer.

Pour en savoir plus



Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Annexe 2-1



Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles
Indicateur Démarche qualité – Synthèse des actions – Niveau 1

Structures de santé pluri-professionnelles

DEMARCHE QUALITE NIVEAU 1

Article 3.2

SYNTHESE

Cette synthèse annuelle décrit les modalités d'outils ou d'actions mis en place pour répondre aux critères du niveau 1 de l'indicateur « Démarche qualité ».

Pour l'atteinte du niveau 1, l'objectif est que la structure réalise un « état des lieux » et s'empare de cette démarche d'auto-évaluation. La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité est attendue pour l'atteinte des niveaux supérieurs.

ANNEE D'EXERCICE

Compléter l'année d'exercice : du 01/01/20..... au 31/12/20.....

Cocher la case mise correspondante à l'action mise en œuvre

☐ Désignation d'un référent qualité

- Identification (nom, prénom, fonction) – décrire à quelle fréquence il intervient dans la structure, quelles sont les réunions mises en œuvre, etc.

☐ Elaboration d'une matrice de maturité

- Décrire le contenu de la matrice de maturité (a minima 1 axe de la matrice de maturité)

Annexe 2-2



Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles
Indicateur Démarche qualité – Synthèse des actions – Niveau 1

☐ **Elaboration d'une grille d'auto-évaluation**

- Décrire le contenu de la grille d'auto-évaluation rempli par l'ensemble des membres de l'équipe

Annexe 3-1



Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles
Indicateur Démarche qualité– Synthèse des actions – Niveau 2

Structures de santé pluri-professionnelles

DEMARCHE QUALITE NIVEAU 2

Article 3.2

SYNTHESE

Cette synthèse annuelle décrit les modalités d'outils ou d'actions mis en place pour répondre aux critères du niveau 2 de l'indicateur « Démarche qualité ».

Pour l'atteinte du niveau 2, l'objectif est que la structure planifie et mette en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité. Cette démarche peut être centrée sur une thématique issue de l'analyse du diagnostic de maturité (niveau 1).

ANNEE D'EXERCICE

Compléter l'année d'exercice : du 01/01/20..... au 31/12/20.....

Cocher la case mise correspondante à l'action mise en œuvre

☐ Description des résultats obtenus après étude du diagnostic de maturité ou de la grille d'auto-évaluation

Objectif : développer le ou les points à améliorer (choix d'une thématique possible) et le plan d'actions à mettre en œuvre

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

Annexe 3-2



Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles
Indicateur Démarche qualité– Synthèse des actions – Niveau 2

Annexe 4-1



Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles
Indicateur Démarche qualité – Synthèse des actions – Niveau 3

Structures de santé pluri-professionnelles

DEMARCHE QUALITE NIVEAU 3

Article 3.2

SYNTHESE

Cette synthèse annuelle décrit les outils ou actions mis en place pour valider le niveau 3 de l'indicateur « Démarche qualité ».

Pour l'atteinte du niveau 3, l'objectif est que la structure analyse les résultats obtenus des actions mises en place au niveau 2 notamment par l'usage des approches qualitative, quantitative et normative.

Exemple de techniques à utiliser :

- Approche qualitative (méthode du patient traceur, entretiens qualitatifs, ...)
- Approche quantitative (utilisation du SI partagé pour extraction de données, questionnaires)
- Approche normative (adaptation d'un fonctionnement à des référentiels déjà existants : suivi de référentiels HAS, etc.)

ANNEE D'EXERCICE

Compléter l'année d'exercice : du 01/01/20..... au 31/12/20.....

Cocher la case mise correspondante à l'action mise en œuvre

☐ **Description des données qualitatives et/ou quantitatives de bilan permettant une analyse critique des actions mises en place**

Annexe 4-2



Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles
Indicateur Démarche qualité – Synthèse des actions – Niveau 3

☐ Décrire l'approche normative mise en place et les résultats obtenus

☐ Autres méthodes (décrire les modalités d'analyse et les résultats obtenus)

Annexe 5

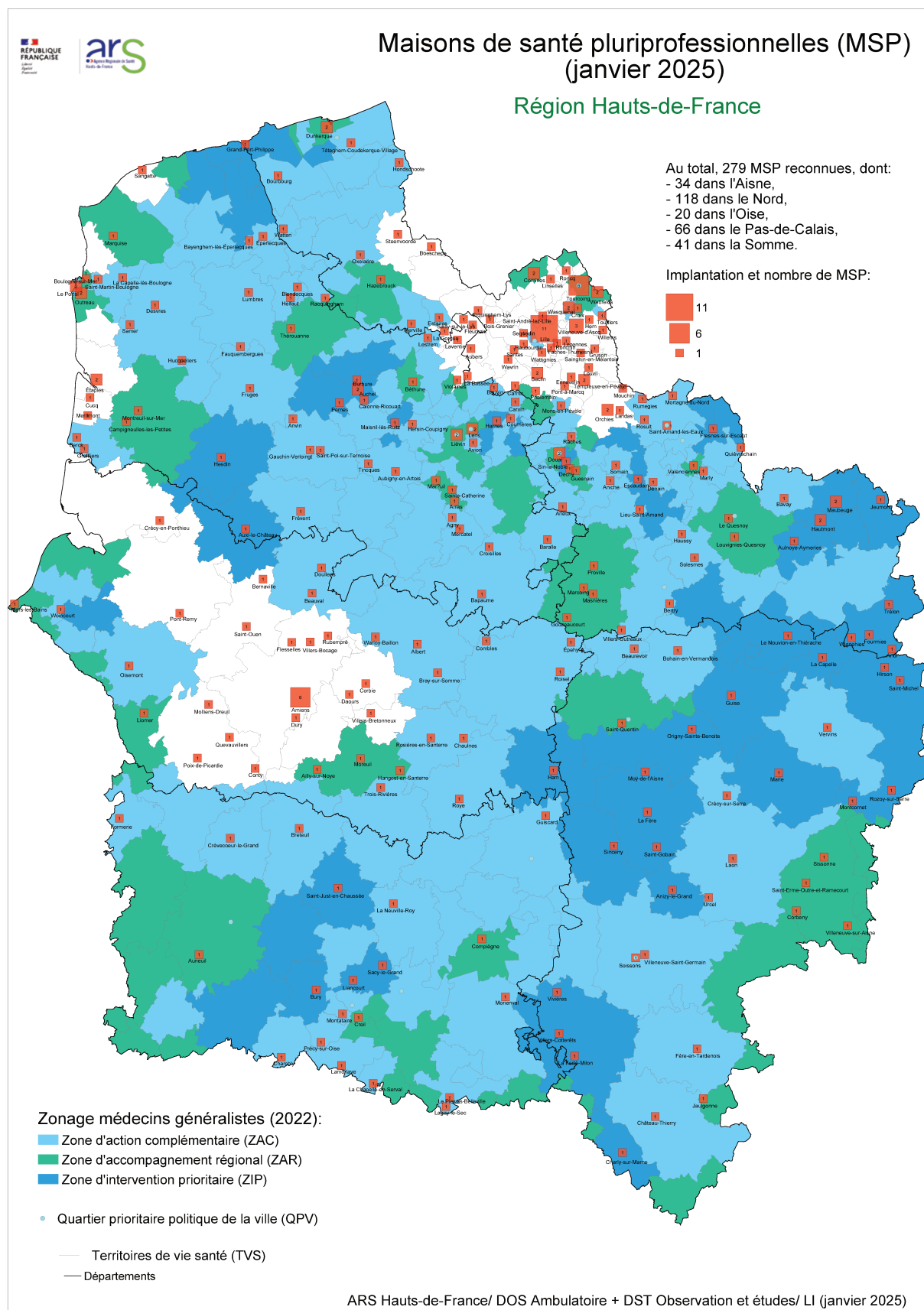


Matrice de maturité en soins primaires

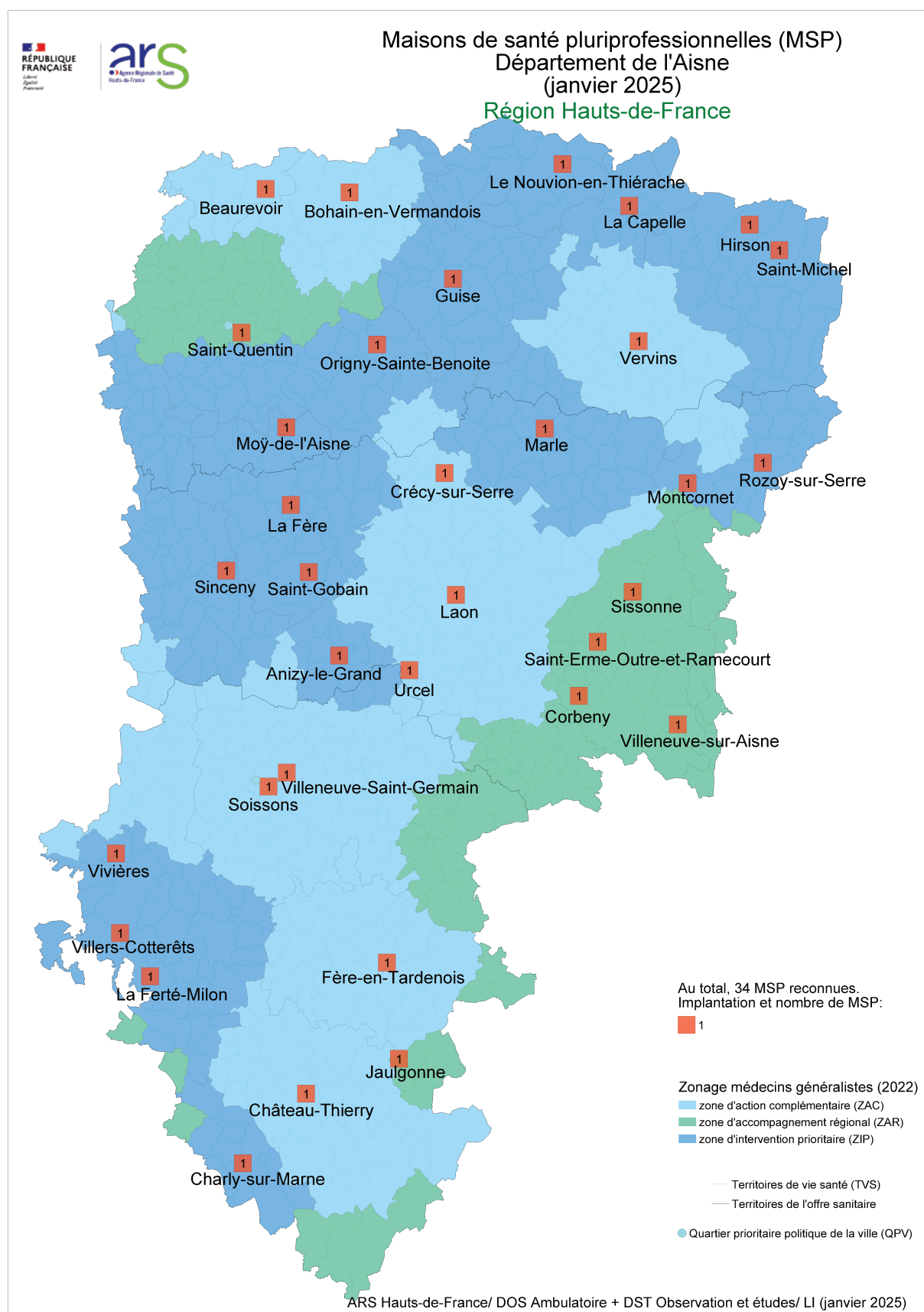
Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires



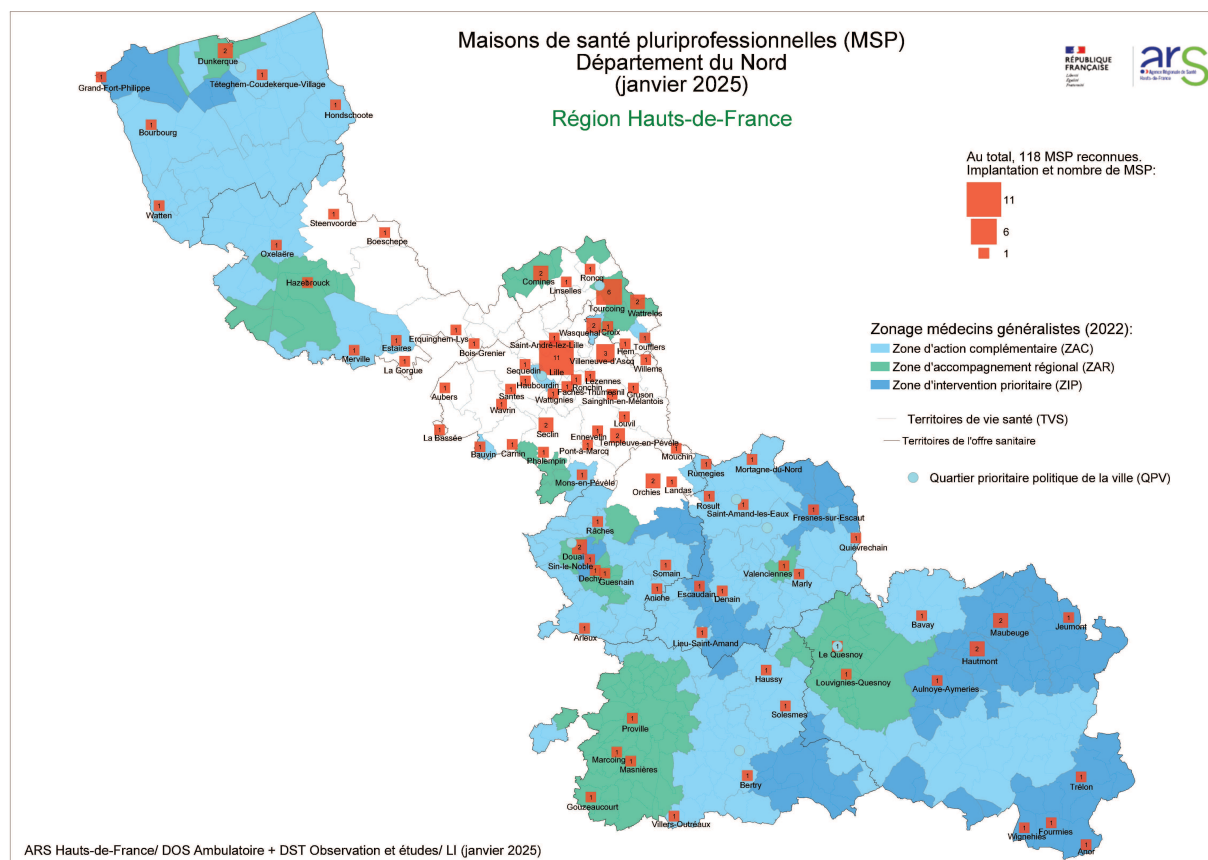
Annexe 6-1



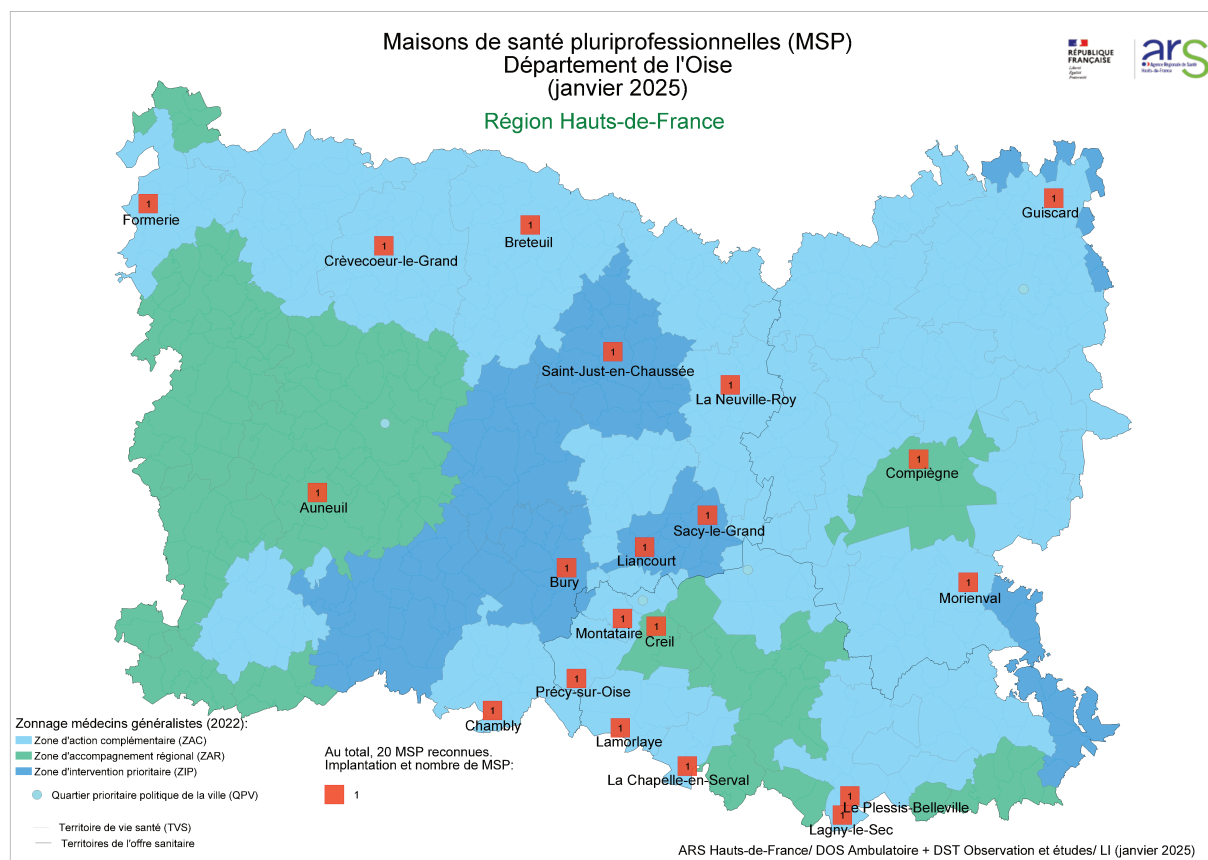
Annexe 6-2



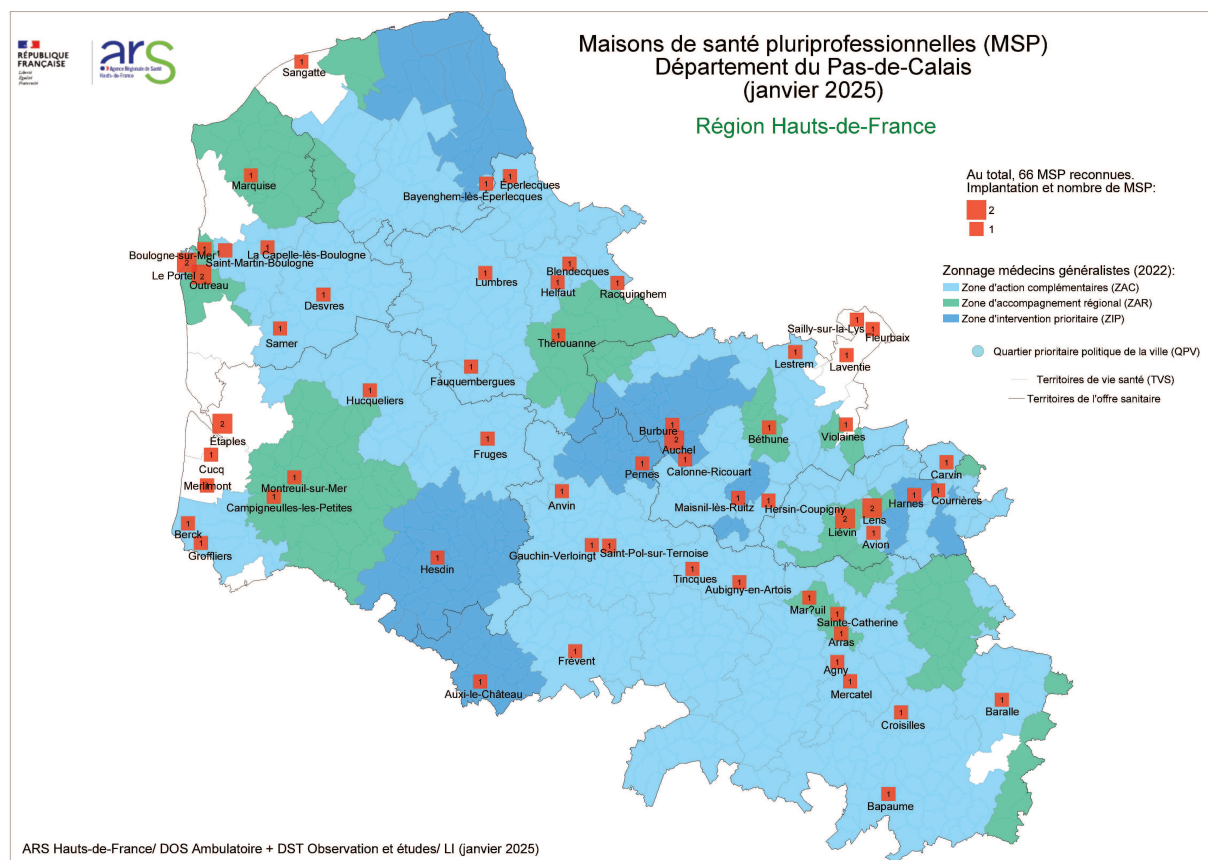
Annexe 6-3



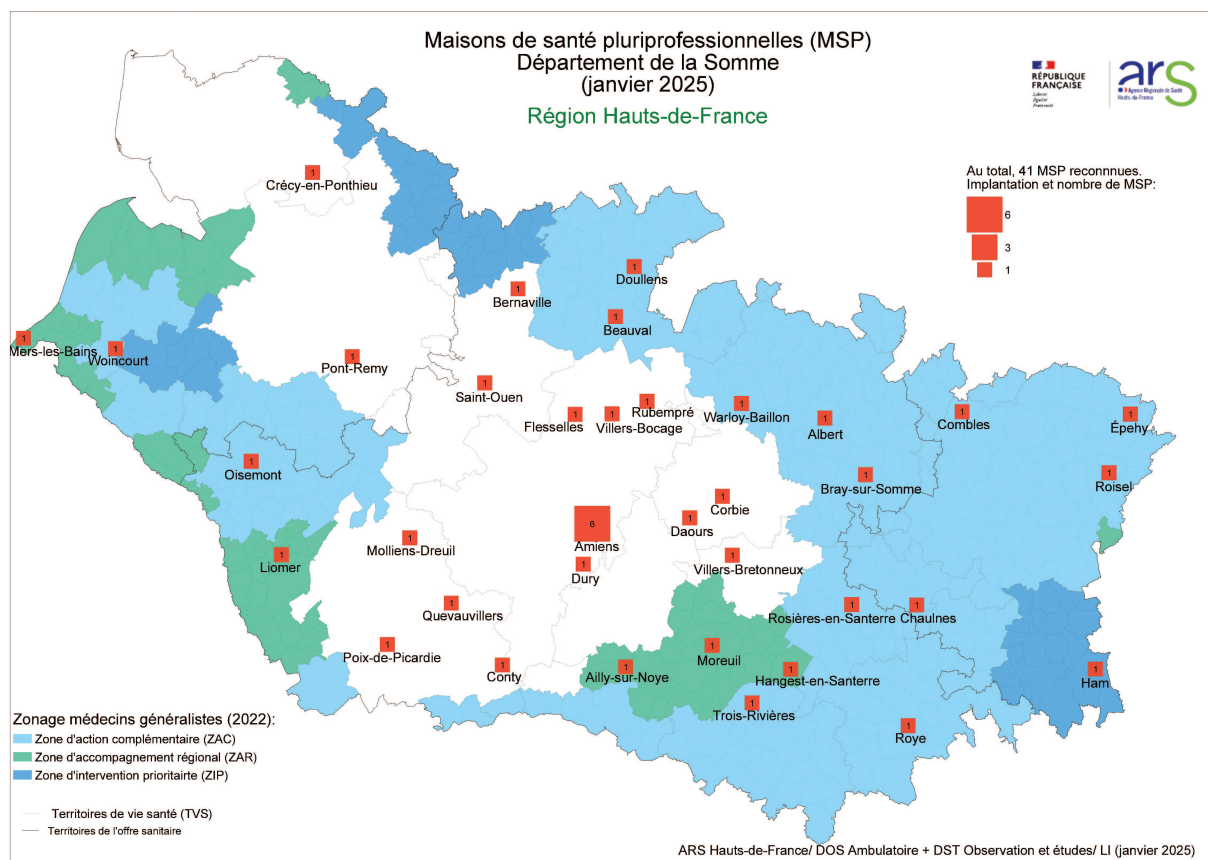
Annexe 6-4



Annexe 6-5



Annexe 6-6



Annexe 7-1

Questionnaire : la démarche qualité en MSP dans les Hauts-de-France

Chers Professionnels de santé en MSP, votre avis est précieux !

Bonjour, je suis **Elyes DJEMACI**, Médecin généraliste remplaçant lillois et réalise ma **thèse d'exercice** sur la **démarche qualité** en MSP dans les Hauts-de-France. Méconnue, la démarche qualité en MSP vise à améliorer l'organisation et la coordination des soins. Pouvant être valorisée jusqu'à **4.200€ par an**, elle est un enjeu majeur de santé publique et le sera d'avantage dans les années à venir. Pour aider les MSP à valoriser cet indicateur, et m'aider dans ma recherche scientifique, j'aimerais recueillir votre avis au travers de ce rapide questionnaire anonyme (**environ 5 minutes**). Un seul questionnaire par maison de santé est à remplir par l'un de ses principaux membres. **Merci par avance de votre participation ! Chaque enveloppe retour est pré-affranchie, merci !!!**

I - INFORMATIONS GÉNÉRALES						
1. Quelle est votre profession ?						
2. Quel est votre rôle au sein de la MSP ?						
☐ Coordinateur	☐ Leader	☐ Président				
☐ Membre du bureau	☐ Membre de la MSP	☐ Autre				
3. Quelle est l'année de labellisation de votre MSP ?						
4. Combien votre MSP compte-t-elle de membres ?		Environ : membres.				
5. Votre MSP est-elle :						
☐ Monosite	☐ Multisite	☐ Je ne sais pas				
6. Dans quel département se situe votre MSP ?						
☐ 02	☐ 59	☐ 60	☐ 62	☐ 80		
7. Par qui est assurée la coordination de votre MSP ? (Plusieurs réponses possibles)						
☐ Vous-même	☐ Un autre membre de la MSP	☐ Une personne extérieure	☐ Pas de coordination définie			
8. En moyenne, à combien estimez-vous le temps dédié à la coordination chaque semaine ?						
..... heures par semaine.						
9. Êtes-vous structurés en SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) ?						
☐ Oui	☐ Non	☐ Je ne sais pas				
II - CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DE LA DÉMARCHE QUALITÉ						
10. Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous vos connaissances en terme de démarche qualité ?						
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Je ne connais pas du tout Je maîtrise parfaitement						
11. Vous diriez que la démarche qualité a un intérêt :						
Pour les PATIENTS	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Pour les PROFESSIONNELS DE SANTÉ	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Pour votre MSP	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Pour la SÉCURITÉ DES SOINS	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Sur le plan FINANCIER	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas

Annexe 7-2

Questionnaire : la démarche qualité en MSP dans les Hauts-de-France

III - LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS VOTRE MSP						
12. Votre MSP a-t-elle mis en place une démarche qualité ? (Si « non » ou « je ne sais pas », passez à la question 15)						
☐	Oui, structurée NIVEAU 1	☐	Oui, structurée NIVEAU 2	☐	Oui, structurée NIVEAU 3	
☐	Oui, sans structure définie	☐	Non	☐	Je ne sais pas	
13. Sur quel(s) axe(s) se porte la démarche qualité de votre MSP ? (Plusieurs réponses possibles)						
☐	Axe 1 : travail en équipe (par exemple : réunions de concertation pluriprofessionnelles ; coordination avec les autres acteurs du territoire ; dynamique d'équipe...)					
☐	Axe 2 : système d'information (par exemple : partage des données ; gestion des données ; analyse des pratiques...)					
☐	Axe 3 : implication des patients (par exemple : information des patients ; éducation thérapeutique (ETP) ; Plan Personnalisé de Santé ; expérience patients ; soutien aux aidants...)					
☐	Axe 4 : projet de santé et accès aux soins (par exemple : accès aux soins ; continuité des soins ; gestion du projet de santé de l'équipe...)					
☐	Je ne sais pas					
14. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement pour cette démarche ?						
☐	Oui, par une structure externe (par exemple : fédération, ARS, URPS...)					
☐	Oui, par un membre interne de la MSP					
☐	Non					
IV - OBSTACLES À LA MISE EN PLACE D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ						
15. Selon vous, quels sont les principaux freins à la mise en place d'une démarche qualité dans une MSP ?						
Manque d'INFORMATION sur le sujet	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Manque d'ACCOMPAGNEMENT	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Manque de TEMPS	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Manque de FINANCEMENT	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Manque d'INTÉRÊT	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
Manque de FORMATION	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
COMPLEXITÉ de la démarche	☐ Tout à fait d'accord	☐ Plutôt d'accord	☐ Ni d'accord ni pas d'accord	☐ Plutôt pas d'accord	☐ Pas d'accord du tout	☐ Je ne sais pas
V - ATTENTES DE VOTRE MSP						
16. Quels formats vous sembleraient les plus adaptés pour accompagner une MSP dans une démarche qualité ?						
Guide pratique en papier	☐	Oui	☐	Non	☐	Sans avis
Guide pratique en ligne	☐	Oui	☐	Non	☐	Sans avis
Formation en présentiel	☐	Oui	☐	Non	☐	Sans avis
Formation en visioconférence	☐	Oui	☐	Non	☐	Sans avis
Plateforme d'échange entre MSP	☐	Oui	☐	Non	☐	Sans avis
Accompagnement personnalisé	☐	Oui	☐	Non	☐	Sans avis
Autre(s) (veuillez préciser) :						

MERCI VIVEMENT POUR VOTRE PARTICIPATION !!!

Elyes DJEMACI - elyes.djemaci.etu@univ-lille.fr - 06.65.02.67.64

Ce questionnaire étant entièrement anonyme, aucune donnée personnelle ne pourra être retrouvée ou modifiée par la suite. Il sera donc impossible d'exercer un droit d'accès, de retrait ou de rectification. Les réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Annexe 8-1

MSP	Nom MSP	Adresse	CP	Ville
1	MSP ANIZY-PINON	3 rue Carrier Belleuse	02320	ANIZY-LE-GRAND
2	MSP de NAUROY	4 rue Bernard Palissy	02420	NAUROY
3	MSP du VERMANDOIS	18 rue Elysée-Alavoine	02110	BOHAIN EN VERMANDOIS
4	MSP CHARLY/MARNE	58 Bis rue Émile Morlot	02310	CHARLY SUR MARNE
5	MSP Quartier Blanchard	Place de l'Horloge	02400	CHÂTEAU THIERRY
6	MSP du PAYS de la SERRE	7 rue du Général Patton	02270	CRÉCY-SUR-SERRE
7	MSP FERE EN TARDENOIS	24 rue Messidor Bouleau	02130	FÈRE-EN-TARDENOIS
8	MSP Champagne-Picardie	41 rue André Godin	02120	GUISE
9	MSP JAULGONNE	43 Bis rue Plessier	02850	JAULGONNE
10	MSP DE LA CAPELLE	45 rue du Général de Gaulle	02280	LA CAPELLE
11	CENTRE MEDICAL LA FERE	3 rempart du Midi	02800	LA FÈRE
12	MSP de la FERTE MILON	2 avenue de Verdun	02460	LA FERTÉ-MILON
13	MSP de LAON	5 rue Nestor Gréhant	02000	LAON
14	MSP les HIRONDELLES	38 rue André Ridders	02170	LE NOUVION EN THIERACHE
15	MSP de MARLE	8 rue du Faux Bail	02250	MARLE
16	MSP de la VALLEE de l'OISE	21 allée Deutsh de la Meurthe	02610	MOÏ-DE-L'AISE
17	MSP du VAL d'ORIGNY	61 rue Thil	02390	ORIGNY SAINTE BENOITE
18	MSP de ROZOY/SERRE	88 rue de Verdun	02360	ROZOY-SUR-SERRE
19	MSP de STE ERME et RAMECOURT	5 route de Liesse	02820	ST-ERME-OUTRE-ET-RAMECOURT
20	MSP de la MANUFACTURE	1 rue des Verriers	02410	SAINT-GOBAIN
21	MSP de SAINT MICHEL	31 rue Barbusse	02830	SAINT MICHEL
22	MSP SAINT-QUENTIN	1 bd Léon Blum	02100	SAINT-QUENTIN
23	MSP La Faiencerie	1Bis rue des Faiences	02300	SINCENY
24	MSP de SISSONNE	26 rue de Reims	02150	SISSONNE
25	MSP SAINT CREPIN	2 place Lamartine	02200	SOISSONS
26	MSP d'URCEL	1 Bis rue Eglise	02000	URCEL
27	MSP les REMPARTS	8 rue Albert Ier	02140	VERVINS
28	MSP des BORDS de l'AISE	1 rue de la Libération	02190	GUIGNICOURT
29	MSP de VILLENEUVE ST GERMAIN	285 avenue de Reims	02200	VILLENEUVE-SAINT-GERMAIN
30	MSP de VILLERS COTTERETS	1 rue Pelet Otto	02600	VILLERS COTTERETS
31	MSP de VIVIERES	12 rue du Chateau	02600	VIVIERES
32	MSP de ANICHE	19 rue des Trois Soeurs Fogt	59580	ANICHE
33	MSP de ANOR	9 bis rue Georges Clémenceau	59186	ANOR
34	MSP de VAL DE SENSEE	12 rue Georges Lefebvre	59151	ARLEUX
35	MSP de AUBERS	29b rue de Verdun	59249	AUBERS
36	MSP SIMONE VEIL	1 impase Ambroise Croizat	59620	AULNOYE-AYMERIES
37	MSP du BAUVIN	29 rue Jean Jaurès	59221	BAUVIN
38	MSP CLAUDE BERNARD	29 rue des Remparts	59570	BAVAY
39	MSP de BERTRY	2 rue Pasteur	59980	BERTRY
40	MSP des MONTS de FLANDRES	71 chemin des Loups	59299	BOESCHEPE
41	MSP de BOIS-GRENIER	1 allée Germinal Bernard	59280	BOIS-GRENIER
42	MSP de BOURBOURG	1 rue Anicet Bassemont	59630	BOURBOURG
43	MSP de CARNIN	9 rue du Lieutenant Baillet	59112	CARNIN
44	MSP de la LYS	74 rue des Frères Lumière	59650	COMINES
45	MSP ZAC ROBERT SCHUMAN	65 rue Gambetta	59650	COMINES
46	MSP de CREVECOEUR/ESCAUT	395 route Nationale	59258	RUMILLY-EN-CAMBRESIS
47	MSP du PARC	4 avenue Jussieu	59170	CROIX
48	MSP de DECHY	1 rue A et G Martel	59170	DECHY
49	MSP BRUNET	570 rue Arthur Brunet	59220	DENAIN
50	MSP de BETHUNE - DOUAI	180 rue de Bethune C55	59500	DOUAI
51	MSP Jules Ferry - DOUAI	586 rue Jules Ferry	59500	DOUAI
52	MSP de SAINT PAUL SUR MER	407 rue de la République	59430	SAINT-POL-SUR-MER
53	MSP du KRUYSBELLAERT	3515 avenue de Petite Synthe	59640	DUNKERQUE
54	MSP EGLANTINE	26 rue Jean Jaurès	59710	ENNEVELIN
55	MSP du VAL DE LYS	165 rue Delpierre	59193	ERQUINGHEM-LYS
56	MSP de ESCAUDIN	3 rue Louis-Auguste Blanqui	59124	ESCAUDAIN
57	MSP des TERRES DE SANTE	4 rue Aimé Coupet	59940	ESTAIRES
58	MSP de FÂCHES-THUMESNIL	5 rue Edouard Vaillant	59155	FÂCHES-THUMESNIL
59	MSP de FRESNES/ESCAUT	13 rue du Maréchal Soult	59970	FRESNES-SUR-ESCAUT
60	MSP de FOURMIES	71 rue Jean Jaurès	59610	FOURMIES
61	MSP de GOUZEAUCOURT	500 rue Jean Jacques Dromas	59231	GOUZEAUCOURT
62	MSP SIMONE VEIL	2 Rond Point du 8 Mai	59153	GRAND-FORT-PHILIPPE
63	MSP du PÔLE NORD	32 rue de Verdun	59152	GRUSON
64	MSP de GUESNAIN	147 rue René Golliot	59287	GUESNAIN
65	MSP CARNOT HAUBOURDIN	90 rue Sadi Carnot	59320	HAUBOURDIN
66	MSP de HAUSSY	5bis Place Jean Jaurès	59294	HAUSSY
67	MSP de HAUTMONT	4 rue de la Sucrerie	59330	HAUTMONT
68	MSP de HAZEBROUCK	14 rue Notre Dame	59190	HAZEBROUCK
69	MSP de HEM	277 rue Jules Guesde	59510	HEM
70	MSP de HONDSCHOOTE	2B rue du Maréchal Foch	59122	HONDSCHOOTE
71	MSP de JEUMONT	98 rue Hector Despret	59460	JEUMONT

Annexe 8-2

MSP	Nom MSP	Adresse	CP	Ville
72	MSP de LA BASSEE	144 route de Lille	59480	LA BASSEE
73	MSP de LA GORGUE	11 rue du Général de Gaulle	59253	LA GORGUE
74	MSP de LANDAS	205 rue Géry Deffontaines	59310	LANDAS
75	MSP de LE QUESNOY	4 Fb. Fauroeux	59530	LE QUESNOY
76	MSP de LEZENNES	12 place de la République	59260	LEZENNES
77	MSP de LIEU ST AMAND	13 chemin des Biels	59111	LIEU-SAINT-AMAND
78	MSP LILLE SUD	57 rue Victor Renard	59000	LILLE
79	MSP LILLE CANNES	12 rue de Cannes	59000	LILLE
80	Maison Dispersée de la Santé LILLE MOULINS	167 rue d'Arras	59000	LILLE
81	MSP du 723	723 avenue de Dunkerque	59160	LOMME
82	MSP BELFORT	32 passage des Alouettes	59000	LILLE
83	MSP de la DREVE	10 rue de la Drève	59160	LOMME
84	MSP des POSTES	291 rue du Faubourg des Postes	59000	LILLE
85	MSP de l'ARC	32 rue de l'Arc	59800	LILLE
86	MSP CHANZY	235 rue Chanzy	59260	LILLE
87	MSP de LILLE DOUAI	16 rue de Douai	59000	LILLE
88	MSP de LOMME	401 avenue de Dunkerque	59160	LOMME
89	MSP de LINSELLES	33 rue Marechal Foch	59126	LINSELLES
90	MSP de LOMME	1 avenue de Mont � Camp	59160	LOMME
91	MSP de LOUVIGNIES QUESNOY	10 route Nationale	59530	LOUVIGNIES QUESNOY
92	MSP de LOUVIL	216 rue Jules Guesd�s	59830	LOUVIL
93	MSP de MARCOING	32 r. Roger Salengro	59159	MARCOING
94	MSP AVENIR SANTE	61 rue Paul Vaillant Couturier	59770	MARLY
95	MSP de MASNIERES	46 allée des Tilleuls	59241	MASNIERES
96	MSP de MAUBEUGE	121 rue de la Liberté	59600	MAUBEUGE
97	MSP de MAUBEUGE	55 rue de Douzies	59600	MAUBEUGE
98	MSP de MERVILLE	49 rue des Capucins	59660	MERVILLE
99	MSP LE COLIBRI	6 place Bruel	59660	MERVILLE
100	MSP de MONS-EN-PEVELE	307 rue du Moulin	59246	MONS-EN-PÉVÈLE
101	MSP de MORTAGNE-DU-NORD	40 rue Fernig	59158	MORTAGNE-DU-NORD
102	MSP de MOUCHIN	113 route de Douai	59310	MOUCHIN
103	MSP LEON RUDENT	59B rue Léon Rudent	59310	ORCHIES
104	MSP de ORCHIES	18 avenue de la Libération	59310	ORCHIES
105	MSP de CASSEL	46 Grand Place	59670	CASSEL
106	MSP de PHALEMPIN	13 rue Léon Blum	59133	PHALEMPIN
107	MSP de PONT-A-MARCO	24 avenue du Général de Gaulle	59710	PONT-A-MARCO
108	MSP de PROVILLE	1 Place de la République	59267	PROVILLE
109	MSP de l'AUNELLE	59 rue Jean Jaures	59920	QUIÉVRECHAIN
110	MSP de R�CHES	49 rue de l'Eglise, allée Clarisse	59194	R�CHES
111	MSP de RONCHIN	87 rue Anatole France	59790	RONCHIN
112	MSP de RONCQ	301 rue de Lille	59223	RONCQ
113	MSP de ROSULT	411 rue de l'Al�ne d'Or	59230	ROSULT
114	MSP du LYS d'OR	291 rue de l'Eglise	59226	RUMEGIES
115	MSP de SAINGHIN-EN-MÉLANTOIS	14891 route de Lille	59262	SAINGHIN-EN-MÉLANTOIS
116	MSP de SAINT-AMAND-LES-EAUX	111 rue de Nivelle	59230	SAINT-AMAND-LES-EAUX
117	MSP SAINTE HELENE	42 rue Pasteur	59350	SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE
118	MSP PASTEUR SANTES	22 rue Pasteur	59211	SANTES
119	MSP de SECLIN	15 rue Maurice Bouchery	59113	SECLIN
120	MSP de SECLIN	14 rue Philippe de Girard	59113	SECLIN
121	MSP de SEQUEDIN	31 rue de la Gare	59320	SEQUEDIN
122	MSP de SIN LE NOBLE	413 avenue de la Liberté	59450	SIN LE NOBLE
123	MSP de SOLESMES	33 rue de Selle	59730	SOLESMES
124	MSP de SOMAIN	40 bis rue Pasteur	59490	SOMAIN
125	MSP de STEENVOORDE	20 avenue de la Bergerie	59114	STEENVOORDE
126	MSP MEDIVIE	11 rue de Maresquel	59242	TEMPLEUVE
127	MSP de TEMPLEUVE	2 r. de Z�cart	59242	TEMPLEUVE
128	MSP de T�TEGHEM	13ter route du Chapeau Rouge	59229	T�TEGHEM-COUDEKERQUE-VILLAGE
129	MSP de TOUFFLERS	1 rue des Déportés	59390	TOUFFLERS
130	MSP des PHALEMPINS	209 rue de Gand	59200	TOURCOING
131	MSP MARIE CURIE	2bis avenue Masurel	59200	TOURCOING
132	MSP la MARLIERE	197 rue Achille Testelin	59200	TOURCOING
133	MSP de la BOURGOGNE	2 rue Ogier de Bousbecque	59200	TOURCOING
134	MSP CROIX ROUGE	298 rue de la Croix Rouge	59200	TOURCOING
135	MSP CALMETTE	185 boulevard Gambetta	59200	TOURCOING
136	MSP de TRELON	2 rue Victor Hugo	59132	TRELON
137	MSP CHASSE ROYALE	9 r. Hector Berlioz	59300	VALENCIENNES
138	MSP de MONTALEMBERT	22 boulevard de Montalembert	59650	VILLENEUVE D'ASCO
139	MSP MEDIC GLOBAL	271 allée des Mannequins	59650	VILLENEUVE D'ASCO
140	MSP de l'ARROUAISE	3 Place du Général de Gaulle	59142	VILLERS-OUTR�AUX
141	MSP MARCEAU	15 rue Marceau	59290	WASQUEHAL
142	MSP de WASQUEHAL	14 Place de la République	59290	WASQUEHAL

Annexe 8-3

MSP	Nom MSP	Adresse	CP	Ville
143	MSP de WATTEN	10bis rue Saint Antoine	59143	WATTEN
144	MSP de WATTIGNIES	10 rue Michelet	59139	WATTIGNIES
145	MSP de WATTRELOS CORNEILLE	16E rue Corneille	59150	WATTRELOS
146	MSP PASTEUR	2 rue de la Gare	59150	WATTRELOS
147	MSP AMBROISE PARE	18 rue Gambetta	59136	WAVRIN
148	MSP de WIGNEHIES	16 rue Jean Jaures	59212	WIGNEHIES
149	MSP de WILLEMS	2 rue de l'Europe	59780	WILLEMS
150	MSP les ARGILES	483 Avenue du Maréchal Foch	60390	AUNEUIL
151	MSP de l'ABBAYE de BRETEUIL	5bis rue de Tassart	60120	BRETEUIL
152	MSP de BURY	50 rue Herminie	60250	BURY
153	MSP MADELEINE	120 rue Raymond Joly	60230	CHAMBLY
154	MSP des SABLONS	42bis rue de Paris	60200	COMPIEGNE
155	MSP de CREIL	59 rue du Plessis Pommeraye	60100	CREIL
156	MSP CREPICORDIENNE	4 Rue du Stade	60360	CRÉVECOEUR-LE-GRAND
157	MSP FORMERIE	5 bis rue Georges Clémenceau	60220	FORMERIE
158	MSP de MAGNY	237 Rue de l'Équipée	60640	GUISCARD
159	MSP du SERVAL	133 rue du Vieux Château	60520	LA CHAPELLE EN SERVAL
160	MSP de LAMORLAYE	24 rue du Général Leclerc	60260	LAMORLAYE
161	MSP AMALGUIL	364 rue Pennelier	60190	LA NEUVILLE-ROY
162	MSP LAGNY LE SEC	1 rue Molière	60330	LAGNY-LE-SEC
163	MSP du PLESSIS BELLEVILLE	5 avenue Georges Bataille	60330	LE PLESSIS-BELLEVILLE
164	MSP de LIANCOURT	160 rue Jules Michelet	60140	LIANCOURT
165	MSP la 3M	43 avenue Anatole France	60160	MONTATAIRE
166	MSP de MORIENVAL	10 rue Pierrefonds	60127	MORIENVAL
167	MSP de PRECY SUR OISE	40 rue Charles de Gaulle	60460	PRÉCY-SUR-OISE
168	MSP de SACY LE GRAND	245 rue Jules Ferry	60700	SACY-LE-GRAND
169	MSP les VIGNES de l'ABBAYE	3 rue Oresmeaux	60130	ST-JUST-EN-CHAUSSEE
170	MSP de AGNY	12 rue Raoul Briquet	62217	AGNY
171	MSP des VERTES COLLINES	200 rue d'Heuchin	62134	ANVIN
172	MSP CIUDATELLA	90 rue Saint Aubert	62000	ARRAS
173	MSP AUBINOISE	190 rue Léona Occre	62690	AUBIGNY-EN-ARTOIS
174	MSP AUCEL	78 Rue Florent Evrard	62260	AUCHEL
175	MSP AUCEL Centre Ville	15 place Jules Guesde	62260	AUCHEL
176	MSP d'AUXI LE CHÂTEAU	75 rue Général Leclerc	62390	AUXI-LE-CHÂTEAU
177	MSP de AVION	26 rue Gustave Delory	62210	AVION
178	MSP SUD ARTOIS	4 rue de la Gare	62450	BAPAUME
179	MSP de BARALLE	21-23 rue Saint Georges	62860	BARALLE
180	MSP de BAYENGHEM-LÈS-ÉPERLECQUES	4871 rue Monnecove	62910	BAYENGHEM-LÈS-ÉPERLECQUES
181	MSP AMBROISE PARE	50 avenue de la Plaine Randon	62600	BERCK SUR MER
182	MSP de BETHUNE	220 rue de Jemmapes	62400	BÉTHUNE
183	MSP de BLENDECQUES	35 Rue Roger Salengro	62575	BLENDECQUES
184	MSP de BOULOGNE/MER	2 place Léon Blum	62200	BOULOGNE/MER
185	MSP de BURBURE	2b rue du Vaudieu Burbure	62151	BURBURE
186	MSP de CALONNE RICOUART	14 Bd des Sports	62470	CALONNE RICOUART
187	MSP de CAMBLAIN-CHÂTELAINE	6B Village Santé rue Anatole France	62470	CAMBLAIN-CHÂTELAINE
188	Pôle Santé du Moulin	ZA du Moulin	62170	CAMPIGNELLES-LES-PETITES
189	MSP de CARVIN	2 impasse de la Gare	62220	CARVIN
190	MSP de COURRIERES	34 rue Victor Hugo	62710	COURRIERES
191	MSP du SUD ARTOIS	6 rue des anciens combattants	62128	CROISILLES
192	MSP les ALIZES	62 Avenue François Godin	62780	CUCQ
193	MSP de DESVRES	Rue des Anciens	62240	DESVRES
194	MSP de EPERLECQUES	18 rue de Bleue Maison	62910	EPERLECQUES
195	MSP d'ETAPLES	3 place Jeanne d'Arc	62630	ETAPLES
196	MSP des CRONQUELETS	49 rue Saint-Pierre	62630	ETAPLES
197	MSP de FAUQUEMBERGUES	38 place de la Gare	62560	FAUQUEMBERGUES
198	MSP de FLEURBAIX	29 rue de la Malassise	62840	FLEURBAIX
199	MSP de FRETHUN	19 rue de l'Eglise	62185	FRETHUN
200	MSP de FREVENT	1 place du Jeu de Paume	62270	FREVENT
201	MSP du HAUT PAYS	1 avenue François Mitterrand	62310	FRUGES
202	MSP LEONARD DE VINCI	176 rue d'Hesdin	62130	GAUCHIN-VERLOINGT
203	MSP des 4 CHEMINS	7 Route de Verton	62600	GROFFLIERS
204	MSP CAP ARTOIS SANTE	12 rue des Fusillés	62440	HARNES
205	MSP de HELFAUT	110 rue de Blendecques	62570	HELFAUT
206	MSP de HERSIN COUPIGNY	21 place de la Liberté	62530	HERSIN-COUPIGNY
207	MSP de HESDIN	1 rue du Dr Pascal Mulliez	62140	HESDIN
208	MSP de HUCQUELIERS	18 rue de la Longeville	62650	HUCQUELIERS
209	MSP de LA CAPELLE-LES-BOULOGNE	209 avenue de la Forêt	62360	LA CAP-LES-BOULOGNE
210	MSP de L'ALLOEU	22 rue du 11 Novembre	62840	LAVENTIE
211	MSP SIMONE VEIL	2 Rue Lucie Aubrac	62480	LE PORTEL
212	MSP ALPRECH	3 allée Gérard Joly	62480	LE PORTEL
213	MSP de LENS	49 route d'Arras	62300	LENS

Annexe 8-4

MSP	Nom MSP	Adresse	CP	Ville
214	MSP CONDORCET	20 rue Augustin Delots	62300	LENS
215	MSP de LESTREM	82 Rue Stéphane Hessel	62136	LESTREM
216	MSP de la PLAINE	55 rue Germain Delebecque	62800	LIÉVIN
217	MSP de CALONNE LIEVIN	112 Bis Rue Jules Ferry	62800	LIÉVIN
218	MSP de LUMBRES	13 avenue Bernard Chochoy	62380	LUMBRES
219	MSP de MAISNIL-LES-RUITZ	1B rue de Mulhouse	62620	MAISNIL-LES-RUITZ
220	MSP de MAROEUIL	133 Rue Jean Jaurès	62161	MAROEUIL
221	MSP de MARQUISE	1 rue du Dr Schweitzer	62250	MARQUISE
222	MSP du MERCATEL	10 rue d'Arras	62217	MERCATEL
223	MSP du MENOME	56 rue d'Etaples	62155	MERLIMONT
224	MSP de MONTREUIL-SUR-MER	6 rue Saint Gengoult	62170	MONTREUIL-SUR-MER
225	MSP MONTSOLEIL	21 boulevard Raymond Spingard	62230	OUTREAU
226	MSP LES GLYCINES	24 Rue du Professeur Clerc	62230	OUTREAU
227	MSP de PERNES	32 avenue de la Paix	62550	PERNES
228	MSP de RACQUINGHEM	84 route départementale 943	62120	RACQUINGHEM
229	MSP de BARALLE	23 rue St Georges	62860	BARALLE
230	MSP de SAILLY-SUR-LA-LYS	2390 Rue de la Lys	62840	SAILLY-SUR-LA-LYS
231	MSP de SAINTE CATHERINE	9 place de la République	62223	STE-CATHERINE D'ARRAS
232	MSP de ST MARTIN BOULOGNE	194 route de Saint-Omer	62280	ST-MARTIN-BOULOGNE
233	MSP de ST POL / TERNOISE	55 rue Rosemont	62130	ST-POL-SUR-TERNOISE
234	MSP SIMONE VEIL	108 rue Simone Veil	62830	SAMER
235	MSP BLERIOT-SANGATTE	83 Allée Gabriel Faure	62231	SANGATTE
236	MSP de THÉROUANNE	1 Rue Saint-Jean	62129	THÉROUANNE
237	MSP TINCQUES GALIEN	15 route Départementale 939	62127	TINCQUES
238	MSP de VIOLAINES	44 rue Retuy	62138	VIOLAINES
239	MSP de AILLY-SUR-NOYE	60 rue Sadi Carnot	80250	AILLY-SUR-NOYE
240	MSP de ALBERT	20 rue Anicet Godin	80300	ALBERT
241	MSP de AMIENS	4 place des Provinces Françaises	80000	AMIENS
242	MSP des FLANDRES	10 rue Balzac	80000	AMIENS
243	MSP du PARC	21 rue du Commandant Defontaine	80000	AMIENS
244	MSP rue de ROUEN	114 rue de Rouen	80000	AMIENS
245	MSP MAURICE RAVEL	1 Bis rue Maurice Ravel	80000	AMIENS
246	MSP ETOUVIE - V2	3 Place du Pays d'Auge	80000	AMIENS
247	MSP de BEAUVAL	22 bis rue Armand Devillers	80630	BEAUVAL
248	MSP de BERNAVILLE	25 rue du Général Jean Crépin	80370	BERNAVILLE
249	MSP de BRAY SUR SOMME	5 allée Petits Pas	80340	BRAY SUR SOMME
250	MSP de CHAULNES	16 ter avenue Aristide Briand	80320	CHAULNES
251	MSP de COMBLES	2 place de la Mairie	80360	COMBLES
252	MSP de CONTY	1 rue de la Poste	80160	CONTY
253	MSP de CORBIE	36 rue Jacques Pinsonneau	80800	CORBIE
254	MSP de CRECY-EN-PONTHIEU	42 route de Rue	80150	CRECY-EN-PONTHIEU
255	MSP de DAOURS	2 route de Bussy Les Daours	80800	DAOURS
256	MSP des HAUTS-DE-France	6 Rue André Tempez	80600	DOULLENS
257	MSP de DURY	39 Route nationale	80480	DURY
258	MSP de EPEHY	5 vallée Moulins	80740	EPEHY
259	MSP de FLESSELLES	619 rue St Vaast	80260	FLESSELLES
260	MSP de HAM	54 Bis route de St Quentin	80400	HAM
261	MSP SANA TERRA	11 rue du Quesnel	80134	HANGEST-EN-SANTERRE
262	MSP des LILAS	Rue Jean Moulin	80430	LIOMER
263	MSP de MERS LES BAINS	7 rue Menessier	80350	MERS-LES-BAINS
264	MSP de MOLLIENS-DREUIL	4 rue des Dragonesses	80540	MOLLIENS-DREUIL
265	MSP de MOREUIL	23 rue du Maréchal Leclerc	80110	MOREUIL
266	MSP de OISEMONT	37 rue Jules Ferry	80140	OISEMONT
267	MSP de POIX-DE-PICARDIE	1 rue Capitaine Fay	80290	POIX-DE-PICARDIE
268	MSP de PONT-REMY	10 place du Maisniet De Saveuse	80580	PONT-REMY
269	MSP de QUEVAUVILLIERS	10 rue Briqueterie	80710	QUEVAUVILLIERS
270	MSP de ROISEL	3 rue des Drs Mariani et Wurmser	80240	ROISEL
271	MSP de ROSIERES-EN-SANTERRE	2 rue Georges Clemenceau	80170	ROSIÈRES-EN-SANTERRE
272	MSP du GRAND ROYE	2 rue du Dr Alexandre Rémond	80700	ROYE
273	MSP de RUBEMPRE	15 rue Notre Dame	80260	RUBEMPRÉ
274	MSP de SAINT-OUEN	80 rue du Général De Gaulle	80610	SAINT-OUEN
275	MSP de TROIS RIVIERES	104 rue Marcel Thomas	80500	TROIS-RIVIERES
276	MSP de VILLERS-BOCAGE	1 rue Neuve	80260	VILLERS-BOCAGE
277	MSP le CADUCEE	5 rue de la République	80800	VILLERS-BRETONNEUX
278	MSP de WARLOY-BAILLON	Place Edgard Godard	80300	WARLOY-BAILLON
279	MSP RENE LAENNEC	8 Voie Charles Saint Germain	80520	WOINCOURT

Annexe 9

ECO

20 g
Valable jusqu'au
15/07/2025



MONSIEUR ELYES DJEMACI
AUTORISATION 56494
59049 LILLE CEDEX

Annexe 10-1

TABLEAU VALEURS																																					
id_map	format	prof.	role_map	autre_role_map	annee_label	nombre_mb	type_map	dpt_vous	coordon_autre	coordon_o_ext_parcour	heures_semaine	va_dq	interet_patients	interet_prof	interet_map	interet_soins	interet_finance	structure	axe_1	axe_2	axe_3	axe_4	axe_map_acc.	mqe_inf	mqe_inf.	mqe_inf.	mqe_map	mqe_map.	cpk_for.	signe	pres.	velo	plati.	parco			
map1	papier	MG	president	NA	2019	20 multiste	59	0	0	1	0	2,5 out	6	5	5	4	5 out_3	1	1	1	1	0	externe	2	4	5	4	3	4	4	out	out	out	out			
map2	papier	MG	mb_bureau	NA	2019	26 monoste	62	0	1	0	0	5 out	NA	4	0	2	3	2 ntp	0	0	0	1	0	externe	3	2	4	3	1	4	4	out	out	non	out		
map3	papier	MG	coordonateur	NA	2018	13 monoste	62	1	0	0	0	2 out	6	3	3	3	3 out_0	1	1	1	1	0	non	3	5	5	0	2	5	4	non	out	non	out	out		
map4	papier	MG	mb_bureau	NA	2015	10 monoste	62	0	1	0	0	1 out	NA	4	4	4	4 ntp	1	1	1	1	0	externe	5	4	4	5	5	5	non	non	out	non	out	out		
map5	papier	MG	leader	NA	2014	16 monoste	59	0	1	0	0	7 out	8	4	4	4	3 out_2	1	0	1	0	0	non	2	4	4	4	2	3	4	out	out	out	out	out		
map6	papier	MG	president	NA	2021	6 multiste	62	0	1	0	0	10 out	6	4	4	4	4 out_1	1	1	1	1	0	externe	4	3	4	2	4	4	5	out	out	out	out	out		
map7	papier	MG	leader	NA	2012	20 monoste	60	0	1	0	0	4 out	3	4	4	4	4 out_0	1	0	0	1	0	interne	5	5	5	5	5	5	5	out	out	out	out	out		
map8	papier	Coord.	coordonateur	NA	2019	20 monoste	59	1	0	0	0	6 out	6	5	5	5	3 out_2	0	0	0	1	0	non	4	2	5	4	2	4	5	4	non	out	non	out	out	
map9	papier	MG	president	NA	2004	12 monoste	59	1	0	0	0	0,5 out	2	5	4	5	5	4 non	0	0	0	0	1	non	5	5	4	3	2	4	4	non	out	non	out	out	
map10	papier	MG	coordonateur	NA	2004	14 multiste	80	1	1	0	0	2,5 out	2	4	4	4	3	5 out_0	1	1	0	0	0	non	5	5	5	3	3	3	4	s.a	out	non	out	s.a	
map11	papier	MG	president	NA	2022	14 monoste	62	0	1	0	0	3 out	5	4	4	4	3	3 non	1	0	1	1	0	non	4	4	3	3	2	3	3	out	s.a	s.a	s.a	non	
map12	papier	MG	mb_bureau	NA	2021	20 multiste	59	0	1	0	0	4 out	2	3	4	4	4	3 ntp	NA	NA	NA	NA	NA	5	3	5	3	3	5	3	non	non	out	non	out	out	
map13	papier	MG	president	NA	2017	10 multiste	59	0	1	0	1	9 out	5	5	5	5	5 out_0	1	1	1	0	0	non	4	4	5	3	4	4	4	out	out	s.a	out	out	out	
map14	papier	MG	coordonateur	NA	2012	15 monoste	80	1	0	0	0	2 out	7	4	4	4	4	4 out_1	1	0	0	0	0	non	4	4	5	2	4	4	4	out	out	s.a	out	out	
map15	papier	MG	coordonateur	NA	2023	5 monoste	80	1	0	0	0	1 out	2	4	4	4	4	4 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5	5	4	3	2	5	5	non	out	non	out	out	
map16	papier	MG	coordonateur	leader	2020	6 monoste	2	1	0	1	0	1 out	3	5	5	5	5	1 out_0	1	1	0	1	0	externe	5	5	5	4	4	5	5	non	non	out	non	out	out
map17	papier	MG	leader	NA	2004	8 monoste	62	0	1	0	0	6 out	1	4	4	4	3	3 out_0	1	1	0	0	non	4	4	4	3	4	4	4	3	NA	NA	NA	NA	out	
map18	papier	MG	president	NA	2023	25 multiste	59	0	1	0	0	4 out	4	3	3	3	3 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5	5	5	5	5	5	5	out	out	out	out	out	out	
map19	email	MG	leader	NA	2015	12 monoste	2	1	1	0	0	4 out	3	4	4	4	3	3 out_1	1	1	1	0	0	externe	5	5	5	4	3	3	3	out	out	out	out	out	non
map20	papier	MG	leader	NA	2015	25 multiste	60	0	1	0	0	10 out	6	1	4	1	2	2 out_1	1	1	1	1	0	non	4	4	4	4	4	4	4	4	non	out	non	out	non
map21	papier	MG	coordonateur	president	2024	16 monoste	59	1	0	0	0	4 out	4	5	4	3	3	5 out_1	1	1	1	0	0	non	4	4	3	1	2	4	1	non	out	non	out	out	non
map22	papier	Coord.	coordonateur	NA	2019	25 multiste	62	1	0	0	0	14 out	10	5	5	5	5	3 out_3	1	1	1	0	0	non	1	1	4	1	2	3	3	out	out	out	non	out	non
map23	papier	MG	leader	NA	2015	14 monoste	62	0	0	1	0	16 out	10	1	1	1	1	1 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	4	1	5	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
map24	papier	MG	coordonateur	NA	2015	24 monoste	62	1	0	0	0	2 out	3	4	4	4	4	3 out_3	0	1	0	0	0	non	5	5	4	3	4	4	3	non	out	out	out	out	out
map25	papier	MG	leader	NA	2004	20 multiste	80	0	1	0	0	2 out	0	3	3	1	0	0 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5	5	5	4	5	5	4	5	non	out	non	out	out
map26	papier	MG	leader	president	2004	15 multiste	59	0	1	0	0	NA non	0	0	0	0	0	0 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	3	3	3	3	3	3	out	out	out	out	out	out
map27	papier	MG	mb_bureau	NA	2016	7 monoste	60	0	0	0	0	1 out	0	0	0	0	0	0 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	3	3	3	3	3	3	s.a	s.a	s.a	s.a	s.a	s.a
map28	papier	MG	coordonateur	NA	2023	14 monoste	59	1	0	0	0	1 non	1	4	4	4	3	3 out_4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	3	5	3	4	4	5	out	s.a	out	s.a	out	out
map29	papier	MG	president	NA	2022	10 monoste	59	0	1	0	0	1 out	8	5	5	5	4	3 out_1	1	1	0	0	0	interne	4	4	5	3	4	4	5	out	s.a	out	out	out	out
map30	papier	Coord.	coordonateur	NA	2021	21 monoste	59	1	1	0	0	5 out	4	4	4	4	3	2 out_1	1	0	0	0	0	externe	4	4	5	3	4	4	5	out	s.a	out	out	out	out
map31	papier	MG	leader	mb_bureau	2017	20 monoste	59	1	1	0	0	5 out	6,5	4	4	4	4	5 out_2	1	0	1	1	0	externe	2	2	2	2	3	2	3	non	out	out	out	out	out
map32	email	sec_MSP	coordonateur	NA	2022	6 monoste	59	1	0	0	0	8 out	8	4	4	4	4	4 out_1	0	0	1	0	0	externe	3	3	2	2	4	4	3	non	out	out	out	out	out
map33	email	MG	president	NA	2021	20 multiste	59	1	1	0	0	2 out	5	3	3	3	3 out_1	0	1	0	0	0	externe	5	4	4	3	4	4	3	out	out	non	out	out	out	out
map34	email	MG	mb_bureau	NA	2018	20 monoste	2	0	1	0	0	20 out	5	5	5	5	5	0 out_0	1	1	1	1	0	externe	4	2	4	2	2	2	4	out	NA	out	out	out	out
map35	papier	MG	mb_bureau	NA	2004	18 monoste	62	0	1	0	0	7 out	8	5	4	4	4	3 out_0	1	1	1	1	0	externe	3	2	4	4	4	4	4	s.a	out	out	s.a	out	out
map36	papier	MG	leader	NA	2021	10 multiste	59	0	1	0	0	6 out	8	4	5	5	4	4 out_2	1	1	1	1	0	non	4	3	4	3	4	4	4	out	non	out	out	out	out
map37	papier	ans_med	coordonateur	NA	2018	38 multiste	59	1	1	0	0	6 out	8	5	5	5	5	4 out_2	0	1	0	0	0	interne	5	4	5	1	3	4	5	out	out	non	non	non	non
map38	papier	MG	mb_bureau	NA	2018	21 monoste	62	0	1	0	0	10 out	0	2	2	2	2	4 out_0	0	0	1	0	0	interne	4	4	4	4	4	4	4	out	non	out	out	out	out
map39	papier	Coord.	coordonateur	NA	2019	25 multiste	62	1	0	0	0	14 out	10	5	5	5	5	3 out_3	1	1	1	1	0	non	1	1	4	1	2	3	3	out	out	non	out	non	non
map40	papier	Coord.	coordonateur	NA	2019	25 multiste	62	1	0	0	0	14 out	10	5	5	5	5	3 out_3	1	1	1	1	0	non	1	1	4	1	2	3	3	out	out	non	out	non	non
map41	papier	Coord.	coordonateur	NA	2019	25 multiste	62	1	0	0	0	14 out	10	5	5	5	5	3 out_3	1	1	1	1	0	non	1	1	4	1	2	3	3	out	out	out	out	out	out
map42	papier	Dét.	coordonateur	NA	2019	10 multiste	62	1	0	0	0	8 out	4	4	4	4	4	3 non	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5	4	5	3	4	4	4	out	out	s.a	out	out	out
map43	papier	MG	leader	mb_bureau																																	

Annexe 10-2

[illegible]

Annexe 11



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Démarche qualité en équipe de soins primaires : état des lieux et développement d'une démarche qualité centrée sur la prévention du risque infectieux au sein des MSP des HdF

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Yannick CAREMELLE

Interlocuteur (s) : M. Elyes DJEMACI

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mails/numéros de téléphone des personnes contactées.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 3 avril 2025

Délégué à la Protection des Données

Annexe 12-1

N = 110	
Format du questionnaire	
Courriel	24 (21.8%)
Papier	86 (78.2%)
Profession du répondant	
Assistant(e) médical(e)	1 (0.9%)
Coordinateur(trice)	9 (8.2%)
Diététicien(ne)	3 (2.7%)
Infirmier(e) libéral(e)	1 (0.9%)
Médecin généraliste	92 (83.6%)
Orthophoniste	1 (0.9%)
Pharmacien(ne)	1 (0.9%)
Secrétaire médical(e)	1 (0.9%)
Secrétaire MSP	1 (0.9%)
Rôle du répondant au sein de la MSP	
Président(e)	22 (20.0%)
Membre de la MSP	24 (21.8%)
Coordinateur(trice)	35 (31.8%)
Leader	21 (19.1%)
Membre du bureau	19 (17.3%)
Autre	1 (0.9%)
Année de labellisation	2019.9 (3.6)
Nombre de membres	15.1 (6.9)
Type de MSP	
Monosite	58 (53.7%)
Multisite	50 (46.3%)
Département	
02	8 (7.3%)
59	59 (53.6%)
60	10 (9.1%)
62	23 (20.9%)
80	10 (9.1%)
Par qui est assurée la coordination de la MSP ?	
Vous-mêmes	45 (40.9%)
Un autre membre de la MSP	42 (38.2%)
Une personne extérieure	75 (68.2%)
Pas de coordonnateur	1 (0.9%)
Temps dédié à la coordination par semaine (heures)	6.0 (7.2)
Structuration en SISA	
Non	6 (5.5%)
Ne sait pas	2 (1.8%)
Oui	102 (92.7%)
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	4.7 (3.0)

Annexe 12-2

Évaluation de l'intérêt sur la DQ pour ... (entre 1 et 5)	
Les patients	3.9 (1.3)
Les professionnels	3.8 (1.4)
Les MSP	3.9 (1.3)
La sécurité des soins	3.5 (1.5)
Le plan financier	3.4 (1.5)
Structuration de la DQ au sein de la MSP	
Non	24 (22.0%)
Je ne sais pas	14 (12.8%)
Oui, sans structure définie	19 (17.4%)
Oui, de niveau 1	28 (25.7%)
Oui, de niveau 2	14 (12.8%)
Oui, de niveau 3	10 (9.2%)
Axe(s) de la DQ	
Axe 1 : Travail en équipe	55 (73.3%)
Axe 2 : Système d'information	42 (56.0%)
Axe 3 : Implication des patients	40 (52.6%)
Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins	33 (44.0%)
Je ne sais pas	2 (2.7%)
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?	
Oui, par une structure externe	36 (47.4%)
Oui, par un membre interne de la MSP	8 (10.5%)
Non	32 (42.1%)
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)	
Manque d'information	3.8 (1.2)
Manque d'accompagnement	3.7 (1.2)
Manque de temps	4.3 (1.0)
Manque de financement	2.9 (1.4)
Manque d'intérêt	3.3 (1.3)
Manque de formation	3.8 (1.1)
Complexité de la démarche	3.7 (1.3)
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP	
Guide papier	53 (57.0%)
Guide en ligne	88 (88.9%)
Formation en présentiel	51 (59.3%)
Formation en visioconférence	63 (70.8%)
Plateforme d'échange entre MSP	63 (70.0%)
Accompagnement personnalisé	81 (85.3%)

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ (n = 110)

Annexe 13-1

<i>Département de la MSP</i>	<i>02 (n = 8)</i>	<i>59 (n = 59)</i>	<i>60 (n = 10)</i>	<i>62 (n = 23)</i>	<i>80 (n = 10)</i>	<i>p</i>
<i>Format du questionnaire</i>						
<i>Courriel</i>	3 (37.5%)	19 (32.2%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	-
<i>Papier</i>	5 (62.5%)	40 (67.8%)	9 (90.0%)	23 (100.0%)	9 (90.0%)	
<i>Profession du répondant</i>						
<i>Assistant(e) médical(e)</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
<i>Coordinateur(trice)</i>	0 (0.0%)	5 (8.5%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)	0 (0.0%)	
<i>Dietéticien(ne)</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	1 (10.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	
<i>Infirmier(e) libéral(e)</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<i>Médecin généraliste</i>	8 (100.0%)	48 (81.4%)	9 (90.0%)	18 (78.3%)	9 (90.0%)	
<i>Orthophoniste</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<i>Pharmacien(ne)</i>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	
<i>Secrétaire médical(e)</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<i>Secrétaire MSP</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<i>Rôle du répondant au sein de la MSP</i>						
<i>Président(e)</i>	1 (12.5%)	17 (28.8%)	1 (10.0%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)	-
<i>Membre de la MSP</i>	3 (37.5%)	9 (15.3%)	3 (30.0%)	6 (26.1%)	3 (30.0%)	0.45
<i>Coordinateur(trice)</i>	3 (37.5%)	17 (28.8%)	2 (20.0%)	9 (39.1%)	4 (40.0%)	0.76
<i>Leader</i>	2 (25.0%)	10 (16.9%)	3 (30.0%)	4 (17.4%)	2 (20.0%)	0.88
<i>Membre du bureau</i>	0 (0.0%)	13 (22.0%)	3 (30.0%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)	-
<i>Autre</i>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	-
<i>Année de labellisation</i>	2017.8 (2.8)	2020.9 (3.5)	2018.7 (3.8)	2019.3 (3.0)	2018.7 (5.0)	0.04
<i>Nombre de membres</i>	11.6 (4.5)	15.4 (6.8)	15.7 (8.6)	15.5 (7.6)	14.3 (5.5)	0.68
<i>Type de MSP</i>						
<i>Monosite</i>	8 (100.0%)	25 (43.9%)	5 (50.0%)	15 (65.2%)	5 (50.0%)	
<i>Multisite</i>	0 (0.0%)	32 (56.1%)	5 (50.0%)	8 (34.8%)	5 (50.0%)	
<i>Par qui est assurée la coordination de la MSP ?</i>						

Annexe 13-2

<i>Vous même</i>	5 (62.5%)	23 (39.0%)	2 (20.0%)	10 (43.5%)	5 (50.0%)	0.43
<i>Un autre membre de la MSP</i>	5 (62.5%)	21 (35.6%)	3 (30.0%)	9 (39.1%)	4 (40.0%)	0.65
<i>Une personne extérieure</i>	7 (87.5%)	36 (61.0%)	6 (60.0%)	18 (78.3%)	8 (80.0%)	0.31
<i>Pas de coordonnateur</i>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Temps dédié à la coordination par semaine (heures)	6.2 (6.4)	6.2 (8.8)	6.0 (4.8)	6.7 (5.1)	2.9 (1.1)	0.76
Structuration en SISA						-
<i>Non</i>	0 (0.0%)	5 (8.5%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<i>Ne sait pas</i>	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	
<i>Oui</i>	8 (100.0%)	53 (89.8%)	9 (90.0%)	23 (100.0%)	9 (90.0%)	
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	3.8 (2.5)	4.6 (2.9)	4.6 (2.7)	5.8 (3.3)	3.3 (2.4)	0.21
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)						
<i>Les patients</i>	4.1 (1.7)	4.0 (1.3)	3.1 (1.8)	4.0 (1.1)	3.6 (1.3)	0.27
<i>Les professionnels</i>	4.0 (1.7)	4.0 (1.3)	3.5 (1.7)	3.7 (1.4)	3.3 (1.6)	0.59
<i>Les MSP</i>	4.4 (1.1)	4.0 (1.3)	3.3 (1.8)	3.7 (1.1)	3.3 (1.4)	0.21
<i>La sécurité des soins</i>	3.9 (1.7)	3.6 (1.5)	3.0 (1.5)	3.7 (1.1)	3.1 (1.6)	0.54
<i>Le plan financier</i>	3.4 (1.9)	3.6 (1.5)	2.6 (1.7)	3.3 (0.9)	3.0 (1.7)	0.24
Structuration de la DQ au sein de la MSP						-
<i>Non</i>	1 (12.5%)	13 (22.4%)	1 (10.0%)	5 (21.7%)	4 (40.0%)	
<i>Je ne sais pas</i>	2 (25.0%)	9 (15.5%)	0 (0.0%)	2 (8.7%)	1 (10.0%)	
<i>Oui, sans structure définie</i>	2 (25.0%)	6 (10.3%)	2 (20.0%)	6 (26.1%)	3 (30.0%)	
<i>Oui, de niveau 1</i>	2 (25.0%)	17 (29.3%)	6 (60.0%)	1 (4.3%)	2 (20.0%)	
<i>Oui, de niveau 2</i>	1 (12.5%)	9 (15.5%)	1 (10.0%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)	
<i>Oui, de niveau 3</i>	0 (0.0%)	4 (6.9%)	0 (0.0%)	6 (26.1%)	0 (0.0%)	
Axe(s) de la DQ						

Annexe 13-3

Axe 1 : Travail en équipe	5 (100.0%)	26 (70.3%)	6 (66.7%)	13 (68.4%)	5 (100.0%)	-
Axe 2 : Système d'information	5 (100.0%)	18 (48.6%)	4 (44.4%)	13 (68.4%)	2 (40.0%)	-
Axe 3 : Implication des patients	3 (60.0%)	20 (52.6%)	5 (55.6%)	12 (63.2%)	0 (0.0%)	-
Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins	2 (40.0%)	15 (40.5%)	5 (55.6%)	10 (52.6%)	1 (20.0%)	0.65
Je ne sais pas	0 (0.0%)	1 (2.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?						
Oui, par une structure externe	3 (60.0%)	21 (55.3%)	6 (66.7%)	6 (31.6%)	0 (0.0%)	
Oui, par un membre interne de la MSP	0 (0.0%)	4 (10.5%)	1 (11.1%)	1 (5.3%)	2 (40.0%)	
Non	2 (40.0%)	13 (34.2%)	2 (22.2%)	12 (63.2%)	3 (60.0%)	
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)						
Manque d'information	4.6 (0.5)	3.7 (1.2)	3.8 (0.8)	3.4 (1.5)	4.4 (1.0)	0.07
Manque d'accompagnement	4.4 (1.1)	3.7 (1.1)	3.6 (1.0)	3.3 (1.5)	4.4 (1.0)	0.08
Manque de temps	4.8 (0.5)	4.1 (1.2)	4.2 (1.0)	4.3 (0.6)	4.7 (0.5)	0.26
Manque de financement	2.5 (1.5)	2.8 (1.4)	3.6 (1.0)	2.7 (1.4)	3.3 (1.1)	0.28
Manque d'intérêt	3.4 (1.4)	3.3 (1.3)	3.6 (1.3)	3.1 (1.3)	3.8 (1.2)	0.66
Manque de formation	4.0 (1.2)	3.6 (1.3)	3.7 (0.8)	3.8 (1.0)	4.3 (0.8)	0.50
Complexité de la démarche	3.5 (1.8)	3.6 (1.4)	4.2 (1.0)	3.7 (1.0)	4.3 (0.7)	0.39
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP						
Guide papier	4 (50.0%)	27 (52.9%)	6 (66.7%)	12 (66.7%)	4 (57.1%)	0.82
Guide en ligne	7 (87.5%)	49 (89.1%)	6 (75.0%)	17 (94.4%)	9 (90.0%)	0.71
Formation en présentiel	3 (42.9%)	27 (56.2%)	4 (50.0%)	11 (73.3%)	6 (75.0%)	0.51
Formation en visioconférence	6 (85.7%)	41 (80.4%)	4 (57.1%)	8 (50.0%)	4 (50.0%)	0.07

Annexe 13-4

Plateforme d'échange entre MSP	6 (75.0%)	35 (70.0%)	6 (75.0%)	13 (76.5%)	3 (42.9%)	0.56
Accompagnement personnalisé	6 (85.7%)	45 (88.2%)	8 (88.9%)	14 (73.7%)	8 (88.9%)	0.63

Tableau 2 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon le département (n = 110)

Annexe 14-1

Nombre d'heures de coordination	0 - 2,5h (n = 38)	2,5 - 7h (n = 36)	7 - 61h (n = 31)	p
Format du questionnaire				0.15
Courriel	10 (26.3%)	4 (11.1%)	9 (29.0%)	
Papier	28 (73.7%)	32 (88.9%)	22 (71.0%)	
Profession du répondant				-
Assistant(e)	0 (0.0%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	
médical(e)				
Coordinateur(trice)	0 (0.0%)	3 (8.3%)	6 (19.4%)	
Diététicien(ne)	0 (0.0%)	1 (2.8%)	2 (6.5%)	
Infirmier(e) libéral(e)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
Médecin généraliste	36 (94.7%)	31 (86.1%)	20 (64.5%)	
Orthophoniste	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
Pharmacien(ne)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Secrétaire	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
médical(e)				
Secrétaire MSP	1 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Rôle du répondant au sein de la MSP				
Président(e)	9 (23.7%)	7 (19.4%)	5 (16.1%)	0.73
Membre de la MSP	8 (21.1%)	7 (19.4%)	8 (25.8%)	0.81
Coordinateur(trice)	13 (34.2%)	8 (22.2%)	14 (45.2%)	0.14
Leader	5 (13.2%)	12 (33.3%)	2 (6.5%)	0.01
Membre du bureau	5 (13.2%)	6 (16.7%)	6 (19.4%)	0.78
Autre	1 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Année de labellisation	2019.9 (3.7)	2020.1 (3.4)	2019.3 (3.8)	0.65
Nombre de membres	12.1 (5.4)	17.0 (7.3)	16.7 (7.0)	< 0.01
Type de MSP				0.05
Monosite	24 (63.2%)	22 (62.9%)	11 (36.7%)	
Multisite	14 (36.8%)	13 (37.1%)	19 (63.3%)	
Département				-
02	3 (7.9%)	2 (5.6%)	3 (9.7%)	
59	20 (52.6%)	20 (55.6%)	16 (51.6%)	
60	3 (7.9%)	4 (11.1%)	3 (9.7%)	
62	7 (18.4%)	6 (16.7%)	9 (29.0%)	
80	5 (13.2%)	4 (11.1%)	0 (0.0%)	
Par qui est assurée la coordination de la MSP ?				
Vous même	19 (50.0%)	12 (33.3%)	14 (45.2%)	0.33
Un autre membre de la MSP	12 (31.6%)	18 (50.0%)	8 (25.8%)	0.09
Une personne extérieure	25 (65.8%)	24 (66.7%)	22 (71.0%)	0.89

Annexe 14-2

Pas de coordonnateur	1 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Structuration en SISA	-			
Non	4 (10.5%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	
Ne sait pas	0 (0.0%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	
Oui	34 (89.5%)	34 (94.4%)	31 (100.0%)	
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	3.8 (2.8)	4.7 (2.6)	5.9 (3.1)	0.02
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)				
Les patients	3.7 (1.4)	4.1 (0.9)	4.2 (1.3)	0.20
Les professionnels	3.6 (1.3)	3.8 (1.2)	4.2 (1.3)	0.20
Les MSP	3.7 (1.3)	3.9 (1.1)	4.2 (1.4)	0.24
La sécurité des soins	3.3 (1.5)	3.6 (1.2)	3.9 (1.5)	0.20
Le plan financier	3.3 (1.6)	3.6 (1.0)	3.4 (1.6)	0.69
Structuration d'une DQ au sein de la MSP	-			
Non	12 (32.4%)	6 (16.7%)	4 (12.9%)	
Je ne sais pas	5 (13.5%)	5 (13.9%)	3 (9.7%)	
Oui, sans structure définie	8 (21.6%)	6 (16.7%)	4 (12.9%)	
Oui, de niveau 1	7 (18.9%)	12 (33.3%)	9 (29.0%)	
Oui, de niveau 2	3 (8.1%)	7 (19.4%)	3 (9.7%)	
Oui, de niveau 3	2 (5.4%)	0 (0.0%)	8 (25.8%)	
Axe de la DQ				
Axe 1 : Travail en équipe	15 (65.2%)	21 (80.8%)	17 (70.8%)	0.46
Axe 2 : Système d'information	14 (60.9%)	14 (53.8%)	12 (50.0%)	0.75
Axe 3 : Implication des patients	10 (43.5%)	14 (51.9%)	15 (62.5%)	0.42
Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins	9 (39.1%)	14 (53.8%)	9 (37.5%)	0.44
Je ne sais pas	1 (4.3%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?	0.94			
Oui, par une structure externe	12 (52.2%)	11 (40.7%)	11 (45.8%)	
Oui, par un membre interne de la MSP	2 (8.7%)	3 (11.1%)	3 (12.5%)	
Non	9 (39.1%)	13 (48.1%)	10 (41.7%)	

Annexe 14-3

Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)				
Manque d'information	4.0 (1.0)	4.0 (0.9)	3.4 (1.5)	0.05
Manque d'accompagnement	4.0 (0.9)	3.8 (1.1)	3.3 (1.5)	0.03
Manque de temps	4.6 (0.6)	4.1 (1.1)	4.1 (1.0)	0.08
Manque de financement	2.9 (1.3)	3.0 (1.2)	2.6 (1.4)	0.55
Manque d'intérêt	3.5 (1.1)	3.4 (1.3)	3.1 (1.4)	0.49
Manque de formation	4.0 (1.0)	3.7 (1.1)	3.6 (1.2)	0.25
Complexité de la démarche	4.0 (1.2)	3.9 (1.0)	3.4 (1.4)	0.09
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP				
Guide papier	16 (50.0%)	17 (54.8%)	18 (66.7%)	0.42
Guide en ligne	29 (82.9%)	29 (90.6%)	25 (92.6%)	0.44
Formation en présentiel	14 (43.8%)	17 (60.7%)	16 (72.7%)	0.10
Formation en visioconférence	20 (58.8%)	26 (86.7%)	13 (61.9%)	0.04
Plateforme d'échange entre MSP	19 (59.4%)	19 (63.3%)	22 (88.0%)	0.05
Accompagnement personnalisé	30 (85.7%)	27 (87.1%)	20 (80.0%)	0.75

Tableau 3 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon le nombre d'heures de coordination par semaine (n = 105).

Annexe 15-1

<i>Profession du répondant</i>	<i>Autre (n = 18)</i>	<i>Médecin généraliste (n = 92)</i>	<i>p</i>
Format du questionnaire			0.56
Courriel	3 (16.7%)	21 (22.8%)	
Papier	15 (83.3%)	71 (77.2%)	
Rôle du répondant au sein de la MSP			
Président(e)	0 (0.0%)	22 (23.9%)	-
Membre de la MSP	2 (11.1%)	22 (23.9%)	0.23
Coordinateur(trice)	17 (94.4%)	18 (19.6%)	< 0.01
Leader	0 (0.0%)	21 (22.8%)	-
Membre du bureau	1 (5.6%)	18 (19.6%)	0.15
Autre	1 (5.6%)	0 (0.0%)	-
Année de labellisation	2019.4 (2.1)	2020.0 (3.9)	0.56
Nombre de membres	19.0 (8.9)	14.3 (6.2)	< 0.01
Type de MSP			0.39
Monosite	8 (44.4%)	50 (55.6%)	
Multisite	10 (55.6%)	40 (44.4%)	
Département			-
02	0 (0.0%)	8 (8.7%)	
59	11 (61.1%)	48 (52.2%)	
60	1 (5.6%)	9 (9.8%)	
62	5 (27.8%)	18 (19.6%)	
80	1 (5.6%)	9 (9.8%)	
Par qui est assurée la coordination de la MSP ?			
Vous même	18 (100.0%)	27 (29.3%)	< 0.01
Un autre membre de la MSP	2 (11.1%)	40 (43.5%)	< 0.01
Une personne extérieure	18 (100.0%)	57 (62.0%)	< 0.01
Pas de coordonnateur	0 (0.0%)	1 (1.1%)	-
Temps dédié à la coordination par semaine (heures)	11.7 (13.1)	4.8 (4.5)	< 0.01
Structuration en SISA			-
Non	0 (0.0%)	6 (6.5%)	
Ne sait pas	0 (0.0%)	2 (2.2%)	
Oui	18 (100.0%)	84 (91.3%)	
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	7.1 (2.6)	4.1 (2.8)	< 0.01
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)			
Les patients	4.3 (1.2)	3.8 (1.4)	0.15

Annexe 15-2

<i>Les professionnels</i>	4.2 (1.3)	3.7 (1.4)	0.17
<i>Les MSP</i>	4.4 (1.2)	3.8 (1.3)	0.06
<i>La sécurité des soins</i>	3.9 (1.3)	3.5 (1.5)	0.20
<i>Le plan financier</i>	3.1 (1.2)	3.5 (1.5)	0.36
Structuration d'une DQ au sein de la MSP	-		
<i>Non</i>	2 (11.1%)	22 (24.2%)	
<i>Je ne sais pas</i>	1 (5.6%)	13 (14.3%)	
<i>Oui, sans structure définie</i>	0 (0.0%)	19 (20.9%)	
<i>Oui, de niveau 1</i>	6 (33.3%)	22 (24.2%)	
<i>Oui, de niveau 2</i>	2 (11.1%)	12 (13.2%)	
<i>Oui, de niveau 3</i>	7 (38.9%)	3 (3.3%)	
Axe de la DQ			
<i>Axe 1 : Travail en équipe</i>	10 (66.7%)	45 (75.0%)	0.51
<i>Axe 2 : Système d'information</i>	8 (53.3%)	34 (56.7%)	0.82
<i>Axe 3 : Implication des patients</i>	9 (60.0%)	31 (50.8%)	0.52
<i>Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins</i>	4 (26.7%)	29 (48.3%)	0.13
<i>Je ne sais pas</i>	0 (0.0%)	2 (3.3%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?	0.80		
<i>Oui, par une structure externe</i>	6 (40.0%)	30 (49.2%)	
<i>Oui, par un membre interne de la MSP</i>	2 (13.3%)	6 (9.8%)	
<i>Non</i>	7 (46.7%)	25 (41.0%)	
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)			
<i>Manque d'information</i>	3.0 (1.7)	4.0 (1.0)	< 0.01
<i>Manque d'accompagnement</i>	2.8 (1.6)	3.9 (1.1)	< 0.01
<i>Manque de temps</i>	4.0 (1.4)	4.3 (0.9)	0.24
<i>Manque de financement</i>	2.3 (1.5)	3.0 (1.3)	0.06
<i>Manque d'intérêt</i>	3.1 (1.4)	3.4 (1.3)	0.46
<i>Manque de formation</i>	3.3 (1.3)	3.8 (1.1)	0.05
<i>Complexité de la démarche</i>	3.4 (1.3)	3.8 (1.2)	0.28
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP			
<i>Guide papier</i>	14 (77.8%)	39 (52.0%)	0.05
<i>Guide en ligne</i>	16 (88.9%)	72 (88.9%)	1.00

Annexe 15-3

<i>Formation en présentiel</i>	13 (86.7%)	38 (53.5%)	0.02
<i>Formation en visioconférence</i>	7 (46.7%)	56 (75.7%)	0.02
<i>Plateforme d'échange entre MSP</i>	12 (70.6%)	51 (69.9%)	0.95
<i>Accompagnement personnalisé</i>	10 (58.8%)	71 (91.0%)	< 0.01

Tableau 4 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon la profession du répondant (n = 110).

Annexe 16-1

Année de labellisation	2008 – 2019 (n = 45)	2019 – 2022 (n = 30)	2022 – 2024 (n = 32)	p
Format du questionnaire				0.66
Courriel	7 (15.6%)	7 (23.3%)	7 (21.9%)	
Papier	38 (84.4%)	23 (76.7%)	25 (78.1%)	
Profession du répondant				-
Assistant(e) médical(e)	1 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Coordinateur(trice)	7 (15.6%)	1 (3.3%)	1 (3.1%)	
Diététicien(ne)	3 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Infirmier(e) libéral(e)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	
Médecin généraliste	33 (73.3%)	25 (83.3%)	31 (96.9%)	
Orthophoniste	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	
Pharmacien(ne)	1 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Secrétaire médical(e)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	
Secrétaire MSP	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	
Rôle du répondant au sein de la MSP				
Président(e)	3 (6.7%)	8 (26.7%)	11 (34.4%)	< 0.01
Membre de la MSP	12 (26.7%)	5 (16.7%)	4 (12.5%)	0.27
Coordinateur(trice)	17 (37.8%)	9 (30.0%)	9 (28.1%)	0.63
Leader	11 (24.4%)	3 (10.0%)	7 (21.9%)	0.28
Membre du bureau	8 (17.8%)	6 (20.0%)	5 (15.6%)	0.90
Autre	1 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Nombre de membres	17.2 (7.5)	14.2 (6.1)	12.8 (6.1)	0.01
Type de MSP				0.02
Monosite	31 (68.9%)	13 (43.3%)	13 (40.6%)	
Multisite	14 (31.1%)	17 (56.7%)	19 (59.4%)	
Département				-
02	5 (11.1%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	
59	15 (33.3%)	19 (63.3%)	23 (71.9%)	
60	6 (13.3%)	2 (6.7%)	2 (6.2%)	
62	15 (33.3%)	4 (13.3%)	4 (12.5%)	
80	4 (8.9%)	2 (6.7%)	3 (9.4%)	
Par qui est assurée la coordination de la MSP ?				
Vous même	21 (46.7%)	11 (36.7%)	13 (40.6%)	0.68
Un autre membre de la MSP	16 (35.6%)	15 (50.0%)	8 (25.0%)	0.12
Une personne extérieure	35 (77.8%)	20 (66.7%)	17 (53.1%)	0.08

Annexe 16-2

Pas de coordonnateur	1 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Temps dédié à la coordination par semaine (heures)	7.5 (9.7)	4.4 (3.8)	4.6 (3.0)	0.09
Structuration en SISA				-
Non	1 (2.2%)	0 (0.0%)	5 (15.6%)	
Oui	44 (97.8%)	30 (100.0%)	27 (84.4%)	
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	5.6 (2.9)	5.1 (2.5)	3.0 (2.7)	< 0.01
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)				
Les patients	3.8 (1.4)	4.2 (1.0)	3.9 (1.4)	0.53
Les professionnels	3.7 (1.5)	4.1 (1.2)	3.9 (1.3)	0.49
Les MSP	3.9 (1.3)	4.1 (1.1)	3.7 (1.5)	0.50
La sécurité des soins	3.6 (1.4)	3.6 (1.4)	3.5 (1.6)	0.90
Le plan financier	3.4 (1.3)	3.4 (1.4)	3.4 (1.7)	1.00
Structuration d'une DQ au sein de la MSP				-
Non	6 (13.6%)	4 (13.3%)	13 (40.6%)	
Je ne sais pas	4 (9.1%)	6 (20.0%)	3 (9.4%)	
Oui, sans structure définie	7 (15.9%)	3 (10.0%)	9 (28.1%)	
Oui, de niveau 1	12 (27.3%)	10 (33.3%)	6 (18.8%)	
Oui, de niveau 2	6 (13.6%)	6 (20.0%)	1 (3.1%)	
Oui, de niveau 3	9 (20.5%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	
Axes de la DQ				
Axe 1 : Travail en équipe	24 (64.9%)	16 (80.0%)	14 (82.4%)	0.29
Axe 2 : Système d'information	18 (48.6%)	13 (65.0%)	11 (64.7%)	0.37
Axe 3 : Implication des patients	20 (54.1%)	11 (52.4%)	9 (52.9%)	0.99
Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins	16 (43.2%)	10 (50.0%)	7 (41.2%)	0.84
Je ne sais pas	1 (2.7%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?				0.34
Oui, par une structure externe	13 (35.1%)	13 (61.9%)	9 (52.9%)	

Annexe 16-3

Oui, par un membre interne de la MSP	5 (13.5%)	1 (4.8%)	2 (11.8%)	
Non	19 (51.4%)	7 (33.3%)	6 (35.3%)	
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)				
Manque d'information	3.6 (1.3)	3.8 (1.2)	4.0 (1.1)	0.44
Manque d'accompagnement	3.5 (1.4)	3.5 (1.1)	4.1 (1.1)	0.11
Manque de temps	4.5 (0.7)	4.0 (1.2)	4.2 (1.2)	0.13
Manque de financement	2.8 (1.4)	2.7 (1.2)	3.1 (1.5)	0.41
Manque d'intérêt	3.4 (1.3)	3.2 (1.2)	3.2 (1.4)	0.67
Manque de formation	3.7 (1.0)	3.5 (1.3)	4.0 (1.3)	0.19
Complexité de la démarche	3.7 (1.2)	3.7 (1.1)	3.8 (1.6)	0.90
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP				
Guide papier	24 (63.2%)	14 (53.8%)	15 (53.6%)	0.66
Guide en ligne	34 (89.5%)	25 (86.2%)	26 (89.7%)	0.89
Formation en présentiel	22 (61.1%)	12 (57.1%)	14 (53.8%)	0.85
Formation en visioconférence	20 (57.1%)	19 (76.0%)	22 (84.6%)	0.05
Plateforme d'échange entre MSP	24 (64.9%)	20 (76.9%)	17 (68.0%)	0.58
Accompagnement personnalisé	30 (75.0%)	22 (95.7%)	26 (89.7%)	0.06

Tableau 5 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon l'année de labellisation de la MSP (n = 107).

Annexe 17-1

Type de MSP	Monosite (n = 58)	Multisite (n = 50)	p
Format du questionnaire			0.57
Courriel	13 (22.4%)	9 (18.0%)	
Papier	45 (77.6%)	41 (82.0%)	
Profession du répondant			-
Assistant(e) médical(e)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	
Coordinateur(trice)	4 (6.9%)	5 (10.0%)	
Diététicien(ne)	1 (1.7%)	2 (4.0%)	
Infirmier(e) libéral(e)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	
Médecin généraliste	50 (86.2%)	40 (80.0%)	
Orthophoniste	1 (1.7%)	0 (0.0%)	
Pharmacien(ne)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	
Secrétaire médical(e)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	
Secrétaire MSP	1 (1.7%)	0 (0.0%)	
Rôle du répondant au sein de la MSP			
Président(e)	8 (13.8%)	14 (28.0%)	0.07
Membre de la MSP	16 (27.6%)	6 (12.0%)	0.04
Coordinateur(trice)	23 (39.7%)	12 (24.0%)	0.08
Leader	12 (20.7%)	9 (18.0%)	0.72
Membre du bureau	8 (13.8%)	11 (22.0%)	0.26
Autre	0 (0.0%)	1 (2.0%)	-
Année de labellisation	2018.9 (3.9)	2021.1 (2.9)	< 0.01
Nombre de membres	13.5 (6.2)	16.8 (7.3)	0.01
Département			-
02	8 (13.8%)	0 (0.0%)	
59	25 (43.1%)	32 (64.0%)	
60	5 (8.6%)	5 (10.0%)	
62	15 (25.9%)	8 (16.0%)	
80	5 (8.6%)	5 (10.0%)	
Par qui est assurée la coordination de la MSP ?			
Vous même	29 (50.0%)	16 (32.0%)	0.06
Un autre membre de la MSP	22 (37.9%)	18 (36.0%)	0.84
Une personne extérieure	47 (81.0%)	26 (52.0%)	< 0.01
Pas de coordonnateur	1 (1.7%)	0 (0.0%)	-
Temps dédié à la coordination par semaine (heures)	4.7 (4.6)	7.2 (9.0)	0.06
Structuration en SISA			-
Non	4 (6.9%)	2 (4.0%)	
Ne sait pas	1 (1.7%)	0 (0.0%)	

Annexe 17-2

<i>Oui</i>	53 (91.4%)	48 (96.0%)	
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	4.5 (2.9)	4.7 (3.1)	0.75
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)			
<i>Les patients</i>	4.0 (1.4)	3.9 (1.3)	0.69
<i>Les professionnels</i>	3.8 (1.4)	3.9 (1.3)	0.65
<i>Les MSP</i>	3.8 (1.3)	3.9 (1.4)	0.84
<i>La sécurité des soins</i>	3.6 (1.4)	3.4 (1.6)	0.52
<i>Le plan financier</i>	3.4 (1.4)	3.4 (1.5)	0.89
Structuration d'une DQ au sein de la MSP			0.93
<i>Non</i>	14 (24.6%)	10 (20.0%)	
<i>Je ne sais pas</i>	6 (10.5%)	7 (14.0%)	
<i>Oui, sans structure définie</i>	11 (19.3%)	8 (16.0%)	
<i>Oui, de niveau 1</i>	15 (26.3%)	13 (26.0%)	
<i>Oui, de niveau 2</i>	7 (12.3%)	6 (12.0%)	
<i>Oui, de niveau 3</i>	4 (7.0%)	6 (12.0%)	
Axe de la DQ			
<i>Axe 1 : Travail en équipe</i>	28 (68.3%)	26 (78.8%)	0.31
<i>Axe 2 : Système d'information</i>	20 (48.8%)	22 (66.7%)	0.12
<i>Axe 3 : Implication des patients</i>	23 (54.8%)	17 (51.5%)	0.78
<i>Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins</i>	19 (46.3%)	14 (42.4%)	0.74
<i>Je ne sais pas</i>	2 (4.9%)	0 (0.0%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?			0.86
<i>Oui, par une structure externe</i>	19 (45.2%)	16 (48.5%)	
<i>Oui, par un membre interne de la MSP</i>	4 (9.5%)	4 (12.1%)	
<i>Non</i>	19 (45.2%)	13 (39.4%)	
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)			
<i>Manque d'information</i>	3.9 (1.1)	3.6 (1.4)	0.17
<i>Manque d'accompagnement</i>	3.9 (1.1)	3.5 (1.3)	0.10
<i>Manque de temps</i>	4.4 (0.9)	4.2 (1.1)	0.30
<i>Manque de financement</i>	2.9 (1.4)	2.7 (1.4)	0.43
<i>Manque d'intérêt</i>	3.4 (1.3)	3.3 (1.3)	0.67
<i>Manque de formation</i>	3.9 (1.1)	3.6 (1.2)	0.21

Annexe 17-3

Complexité de la démarche	3.8 (1.3)	3.7 (1.2)	0.90
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP			
Guide papier	25 (52.1%)	28 (63.6%)	0.26
Guide en ligne	43 (89.6%)	43 (87.8%)	0.78
Formation en présentiel	22 (52.4%)	27 (64.3%)	0.27
Formation en visioconférence	34 (77.3%)	28 (65.1%)	0.21
Plateforme d'échange entre MSP	31 (66.0%)	30 (73.2%)	0.46
Accompagnement personnalisé	46 (90.2%)	33 (78.6%)	0.12

Tableau 6 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon le type de MSP (n = 108).

Annexe 18-1

Coordination de la MSP	Extérieure (n = 35)	Intérieure (n = 74)	p
Format du questionnaire			0.88
Courriel	8 (22.9%)	16 (21.6%)	
Papier	27 (77.1%)	58 (78.4%)	
Profession du répondant			-
Assistant(e) médical(e)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Coordinateur(trice)	0 (0.0%)	9 (12.2%)	
Diététicien(ne)	0 (0.0%)	3 (4.1%)	
Infirmier(e) libéral(e)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Médecin généraliste	35 (100.0%)	56 (75.7%)	
Orthophoniste	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Pharmacien(ne)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Secrétaire médical(e)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Secrétaire MSP	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Rôle du répondant au sein de la MSP			
Président(e)	10 (28.6%)	12 (16.2%)	0.13
Membre de la MSP	6 (17.1%)	17 (23.0%)	0.49
Coordinateur(trice)	1 (2.9%)	34 (45.9%)	< 0.01
Leader	10 (28.6%)	11 (14.9%)	0.09
Membre du bureau	10 (28.6%)	9 (12.2%)	0.03
Autre	0 (0.0%)	1 (1.4%)	-
Année de labellisation	2020.9 (3.2)	2019.5 (3.8)	0.07
Nombre de membres	15.4 (5.9)	15.0 (7.4)	0.76
Type de MSP			< 0.01
Monosite	11 (31.4%)	46 (63.9%)	
Multisite	24 (68.6%)	26 (36.1%)	
Département			0.27
02	1 (2.9%)	7 (9.5%)	
59	23 (65.7%)	36 (48.6%)	
60	4 (11.4%)	5 (6.8%)	
62	5 (14.3%)	18 (24.3%)	
80	2 (5.7%)	8 (10.8%)	
Temps dédié à la coordination par semaine (heures)			-
Structuration en SISA	1 (2.9%)	4 (5.4%)	
Non	0 (0.0%)	2 (2.7%)	
Oui	34 (97.1%)	68 (91.9%)	
Évaluation des connaissances sur la DQ (entre 0 et 10)	4.5 (3.0)	4.8 (2.9)	0.68
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)			

Annexe 18-2

<i>Les patients</i>	4.0 (1.3)	3.9 (1.3)	0.92
<i>Les professionnels</i>	3.9 (1.1)	3.8 (1.4)	0.74
<i>Les MSP</i>	3.8 (1.3)	3.9 (1.3)	0.51
<i>La sécurité des soins</i>	3.4 (1.6)	3.6 (1.4)	0.48
<i>Le plan financier</i>	3.3 (1.7)	3.5 (1.3)	0.47
Structuration d'une DQ au sein de la MSP			0.57
<i>Non</i>	6 (17.6%)	17 (23.0%)	
<i>Je ne sais pas</i>	4 (11.8%)	10 (13.5%)	
<i>Oui, sans structure définie</i>	8 (23.5%)	11 (14.9%)	
<i>Oui, de niveau 1</i>	10 (29.4%)	18 (24.3%)	
<i>Oui, de niveau 2</i>	5 (14.7%)	9 (12.2%)	
<i>Oui, de niveau 3</i>	1 (2.9%)	9 (12.2%)	
Axe de la DQ			
<i>Axe 1 : Travail en équipe</i>	21 (80.8%)	34 (69.4%)	0.29
<i>Axe 2 : Système d'information</i>	16 (61.5%)	26 (53.1%)	0.48
<i>Axe 3 : Implication des patients</i>	13 (50.0%)	27 (54.0%)	0.74
<i>Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins</i>	14 (53.8%)	19 (38.8%)	0.21
<i>Je ne sais pas</i>	0 (0.0%)	2 (4.1%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?			0.42
<i>Oui, par une structure externe</i>	15 (57.7%)	21 (42.0%)	
<i>Oui, par un membre interne de la MSP</i>	2 (7.7%)	6 (12.0%)	
<i>Non</i>	9 (34.6%)	23 (46.0%)	
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)			
<i>Manque d'information</i>	3.7 (1.2)	3.8 (1.2)	0.69
<i>Manque d'accompagnement</i>	3.8 (1.2)	3.7 (1.3)	0.73
<i>Manque de temps</i>	4.2 (1.1)	4.3 (1.0)	0.59
<i>Manque de financement</i>	3.0 (1.4)	2.8 (1.3)	0.61
<i>Manque d'intérêt</i>	3.2 (1.4)	3.4 (1.3)	0.49
<i>Manque de formation</i>	3.7 (1.3)	3.8 (1.1)	0.52
<i>Complexité de la démarche</i>	3.6 (1.3)	3.8 (1.2)	0.50
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP			
<i>Guide papier</i>	12 (46.2%)	41 (61.2%)	0.19

Annexe 18-3

<i>Guide en ligne</i>	24 (85.7%)	64 (90.1%)	0.53
<i>Formation en présentiel</i>	17 (65.4%)	34 (56.7%)	0.45
<i>Formation en visioconférence</i>	20 (74.1%)	43 (69.4%)	0.65
<i>Plateforme d'échange entre MSP</i>	14 (60.9%)	49 (73.1%)	0.27
<i>Accompagnement personnalisé</i>	24 (92.3%)	57 (82.6%)	0.23

Tableau 7 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon le type de coordination de la MSP (n = 109).

Annexe 19-1

<i>Évaluation des connaissances (entre 1 et 10)</i>	<i>0 – 3 (n = 41)</i>	<i>3 – 6 (n = 28)</i>	<i>6 – 10 (n = 32)</i>	<i>p</i>
Format du questionnaire				0.81
Courriel	8 (19.5%)	7 (25.0%)	6 (18.8%)	
Papier	33 (80.5%)	21 (75.0%)	26 (81.2%)	
Profession du répondant				-
Assistant(e) médical(e)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	
Coordinateur(trice)	0 (0.0%)	2 (7.1%)	7 (21.9%)	
Diététicien(ne)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	2 (6.2%)	
Infirmier(e) libéral(e)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	
Médecin généraliste	40 (97.6%)	24 (85.7%)	19 (59.4%)	
Orthophoniste	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	
Pharmacien(ne)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	0 (0.0%)	
Secrétaire médical(e)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Secrétaire MSP	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	
Rôle du répondant au sein de la MSP				
Président(e)	9 (22.0%)	6 (21.4%)	3 (9.4%)	0.32
Membre de la MSP	8 (19.5%)	7 (25.0%)	6 (18.8%)	0.81
Coordinateur(trice)	10 (24.4%)	7 (25.0%)	16 (50.0%)	0.04
Leader	10 (24.4%)	5 (17.9%)	5 (15.6%)	0.62
Membre du bureau	6 (14.6%)	4 (14.3%)	8 (25.0%)	0.44
Autre	0 (0.0%)	1 (3.6%)	0 (0.0%)	-
Année de labellisation	2020.9 (3.4)	2019.6 (3.7)	2019.4 (3.1)	0.11
Nombre de membres	12.4 (5.7)	15.5 (5.5)	18.4 (8.2)	< 0.01
Type de MSP				0.35
Monosite	23 (56.1%)	11 (40.7%)	18 (58.1%)	
Multisite	18 (43.9%)	16 (59.3%)	13 (41.9%)	
Département				0.42
02	5 (12.2%)	2 (7.1%)	1 (3.1%)	
59	22 (53.7%)	13 (46.4%)	20 (62.5%)	
60	2 (4.9%)	4 (14.3%)	2 (6.2%)	
62	6 (14.6%)	6 (21.4%)	8 (25.0%)	
80	6 (14.6%)	3 (10.7%)	1 (3.1%)	
Par qui est assurée la coordination de la MSP ?				
Vous même	16 (39.0%)	9 (32.1%)	17 (53.1%)	0.24
Un autre membre de la MSP	16 (39.0%)	11 (39.3%)	9 (28.1%)	0.56
Une personne extérieure	27 (65.9%)	17 (60.7%)	23 (71.9%)	0.66
Pas de coordonnateur	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

Annexe 19-2

Temps dédié à la coordination par semaine (heures)	3.7 (3.1)	5.6 (4.5)	9.5 (11.2)	< 0.01
Structuration en SISA	-			
Non	5 (12.2%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	
Ne sait pas	1 (2.4%)	1 (3.6%)	0 (0.0%)	
Oui	35 (85.4%)	27 (96.4%)	31 (96.9%)	
Évaluation de l'intérêt de la DQ pour ... (entre 1 et 5)				
Les patients	3.4 (1.7)	4.0 (1.1)	4.5 (0.8)	< 0.01
Les professionnels	3.3 (1.7)	3.9 (1.0)	4.4 (0.9)	< 0.01
Les MSP	3.4 (1.7)	3.9 (1.1)	4.4 (0.8)	< 0.01
La sécurité des soins	3.0 (1.9)	3.6 (1.2)	4.1 (0.9)	< 0.01
Le plan financier	3.1 (1.8)	3.5 (1.3)	3.7 (1.1)	0.21
Structuration d'une DQ au sein de la MSP	-			
Non	15 (36.6%)	6 (21.4%)	1 (3.2%)	
Je ne sais pas	8 (19.5%)	3 (10.7%)	0 (0.0%)	
Oui, sans structure définie	10 (24.4%)	3 (10.7%)	3 (9.7%)	
Oui, de niveau 1	7 (17.1%)	11 (39.3%)	9 (29.0%)	
Oui, de niveau 2	0 (0.0%)	4 (14.3%)	10 (32.3%)	
Oui, de niveau 3	1 (2.4%)	1 (3.6%)	8 (25.8%)	
Axe(s) de la DQ				
Axe 1 : Travail en équipe	12 (66.7%)	14 (70.0%)	24 (77.4%)	0.69
Axe 2 : Système d'information	10 (55.6%)	9 (45.0%)	20 (64.5%)	0.39
Axe 3 : Implication des patients	7 (36.8%)	11 (55.0%)	19 (61.3%)	0.24
Axe 4 : Projet de santé et accès aux soins	6 (33.3%)	12 (60.0%)	10 (32.3%)	0.11
Je ne sais pas	1 (5.6%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	-
Accompagnement pour la mise en place de la DQ ?	0.46			
Oui, par une structure externe	6 (31.6%)	12 (60.0%)	13 (41.9%)	
Oui, par un membre interne de la MSP	3 (15.8%)	1 (5.0%)	4 (12.9%)	
Non	10 (52.6%)	7 (35.0%)	14 (45.2%)	
Freins à la mise en place d'une DQ en MSP (entre 1 et 5)				
Manque d'information	4.3 (1.1)	3.8 (1.1)	3.2 (1.3)	< 0.01
Manque d'accompagnement	4.2 (1.1)	3.6 (1.3)	3.2 (1.3)	< 0.01

Annexe 19-3

Manque de temps		4.4 (1.0)	4.1 (1.0)	4.1 (1.0)	0.35
Manque de financement	de	3.0 (1.5)	2.9 (1.3)	2.5 (1.3)	0.34
Manque d'intérêt		3.5 (1.4)	3.4 (1.2)	3.1 (1.2)	0.45
Manque de formation		4.0 (1.2)	3.7 (1.2)	3.5 (1.0)	0.30
Complexité de la démarche	de la	3.9 (1.5)	3.7 (1.2)	3.5 (1.0)	0.42
Format qui semble adapté pour accompagner la DQ en MSP					
Guide papier		18 (56.2%)	14 (51.9%)	15 (60.0%)	0.84
Guide en ligne		32 (91.4%)	23 (85.2%)	27 (93.1%)	0.58
Formation	en	14 (46.7%)	16 (69.6%)	17 (70.8%)	0.12
Formation	en	25 (78.1%)	18 (75.0%)	17 (68.0%)	0.68
visioconférence					
Plateforme d'échange entre MSP		19 (65.5%)	19 (67.9%)	20 (80.0%)	0.47
Accompagnement personnalisé		31 (91.2%)	21 (87.5%)	21 (75.0%)	0.19

Tableau 8 – Caractéristiques socio-démographiques des MSP et des répondants, coordination, connaissances et mise en place de la DQ selon le niveau de connaissance sur la DQ estimé par le répondant (n = 101).

AUTEUR : Nom : DJEMACI Prénom : Elyes

Date de Soutenance : 15/10/2025

Titre de la Thèse : Démarche qualité en maisons de santé pluriprofessionnelles : perception et déploiement dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : démarche qualité, maisons de santé pluriprofessionnelles, soins de premier recours, soins coordonnés, médecine générale, Hauts-de-France

Résumé :

Contexte : Les soins primaires font face à la complexification des parcours, à l'augmentation des maladies chroniques et aux inégalités d'accès. La démarche qualité (DQ), levier d'amélioration continue, reste mal connue dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), notamment dans les Hauts-de-France (HDF), bien qu'elles offrent un cadre privilégié pour la déployer et relever ces défis.

Matériel et Méthodes : Étude quantitative descriptive et transversale, conduite auprès des 279 MSP labellisées des HDF au 1^{er} janvier 2025, et reposant sur la réponse à un auto-questionnaire adressé à toutes ces structures.

Résultats : Au total, 110 MSP ont participé à l'enquête (39,4%), représentant 1627 professionnels. Le niveau moyen de connaissance de la DQ était de 4,7/10, malgré un intérêt jugé élevé. Deux tiers des MSP ont initié une DQ (65,2%).

Conclusion : Cette étude régionale montre que, malgré son intérêt affirmé, la DQ reste insuffisamment développée en MSP. Son déploiement en soins primaires nécessite un soutien institutionnel renforcé, du temps dédié, la professionnalisation de la coordination et des outils adaptés à l'ambulatoire, pour la rendre durable.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur : Monsieur le Docteur Joël SILVERT

Directeur : Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE