



HAL
open science

Revue systématique de bibliographie sur les modèles d'évaluation de la qualité des soins premiers

Noémie Lheureux, Marie Pegat Toquet

► **To cite this version:**

Noémie Lheureux, Marie Pegat Toquet. Revue systématique de bibliographie sur les modèles d'évaluation de la qualité des soins premiers. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01589137

HAL Id: dumas-01589137

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01589137>

Submitted on 18 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2017

N°

REVUE SYSTEMATIQUE DE BIBLIOGRAPHIE SUR LES MODELES
D'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS PREMIERS

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Noémie LHEUREUX

Marie PEGAT TOQUET

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le : 07 septembre 2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres

M. le Docteur Arnaud SEIGNEURIN

M. le Docteur Yoann GABOREAU

M. le Docteur Aymeric HENRIOT

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, pour avoir accepté de présider ce jury, de lire et juger notre travail. Recevez ici toute notre considération et l'expression de notre plus profond respect.

Au professeur Arnaud SEIGNEURIN, pour avoir accepté de façon si naturelle de faire partie de ce jury, vous nous faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

Au Maître de conférences Yoann GABOREAU, pour son intérêt pour notre sujet et sa présence dans notre jury, veuillez recevoir ici nos sincères remerciements.

Au docteur Ayméric HENRIOT pour avoir accepté d'être notre directeur de thèse et de nous avoir épaulées dans ce sujet, pour ta disponibilité, tes conseils précieux et ton soutien.

A Madame Josiane VERGEOT pour son aide si importante dans la recherche de ces nombreux articles. Votre aide, votre bonne humeur et vos messages de soutien nous ont particulièrement touchées, veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur Antoine GARCIA ROCHE pour ses formations à la bibliothèque universitaire, indispensables à la réalisation de ce travail, et pour sa disponibilité.

A Olivier GAGET pour ton aide précieuse, ta disponibilité incroyable et ta passion communicative pour les statistiques.

A notre équipe de relecteurs, Sofia, Amandine, Franziska, Lucile, Jean, Nicolas et Isabelle, merci pour votre aide si spontanée.

A Arnaud, pour son aide informatique.

A notre traductrice et amie Cynthia, merci.

REMERCIEMENTS DE MARIE

A ma mère, Sylvie, sans qui rien de tout ça n'aurait pas été possible. Merci d'avoir toujours cru en moi malgré mes doutes. Je sais que tu es toujours à mes côtés.

A mon père, Jean, qui nous a supporté moi, mes sautes d'humeur et mon (sale) caractère avec une patience à toute épreuve... Merci pour tes encouragements et ton soutien sans faille !

A ma sœur Julie et à mon frère Nico, ainsi qu'à leur moitié **Mat et Aurélie**. Vous êtes les meilleurs ! Tous les moments passés avec vous sont toujours au top !

Et **à mon neveu, Tom**, preuve, s'il en faut une, qu'après la pluie vient toujours le beau temps...

A mes grands-mères : Marie-Lou et Yvette, quelle joie de vous avoir à mes côtés aujourd'hui !

A mes grands-pères : Michel et Paul, j'aurais aimé que vous puissiez être là mais je suis sûr que vous n'êtes pas loin.

A ma co-thésarde Nono L'heurz : Après 1 switch de sujet, 3 formations Zotero, 18 mois de travail (presque toujours) acharné si c'était à refaire je ne n'hésiterai pas une seconde : c'était une évidence de faire cette thèse avec toi. Malgré toutes les galères, on peut enfin le dire : ÇA Y EST ON Y EST ARRIVE !!!

A la famille thônienne : à mes oncles et tantes : Frenchie et Cap'taine Philou, Marie-Pierre et Phillipe Fred et Valé. Et à tous mes **cousins pref'** : Antoine, Caro, Jenna, Gladys, Mathilde et Quentin...Ainsi que leurs pièces rapportées (plus on n'est de fou plus on rit) : Merci pour toutes ces cousinades passées et surtout à venir !

Mention spéciale pour les deux nouvelles venues **Daphnée et Romane**.

A la famille Berthet, Anne, Bruno et Paul pour les virés Parisiennes (et peut être un jour à Oléron...) !!

A mon parrain Pierre.

A Henri, Françoise et tous les (nombreux...) cousins de ce côté de la famille, éparpillé un peu partout !

A la LCS : Yann, JP, Dudu, Fred, Cez... les 4 spices (Kakex, Hort, Laura, Camille alias Joakim Bras). Depuis toutes ces années, rien a changé...Vous êtes la base tout simplement !! Je vous fait un bisou-poule !

A Aude, Alix, Cyndos, Ray, Angèl, Cha'... : que ça soit à Annecy ou aux 4 coins du globe, on ne s'ennuie jamais avec vous ! après les fufounes enflammées et le jardin de l'Anus... J'ai hâte de voir notre prochaine destination !

A mes potes de l'externat :

A Dodo pour cette colloc qui tombait à point nommé, les soirées master chef (entre autres) et parce que je ne me laisserai jamais de visiter le zoo de Peaugres !

A Jean-Luc, Sof, Ciol, Papass, Rom, Dieg Léo et Margaux, Sara, la Brun', Z, Dan, Aude, Virone, Ambroise...Et à tous ces WEI, WED, WEB, Crit en j'en passe !! grâce à vous ces longues années d'étude sont passées comme une lettre à la poste !!

Aux rencontres ou retrouvailles de l'internat :

Aux coloc de Meylan Beach avec, par ordre d'apparition : Astride, Ludo, Noé (again), Coline, Flo, Dieg, Jenny, Reno et Sardine, Isa et Boulzy. Et aux presque coloc (franchement c'est tout comme) : Champiotte, Banderos, et Boris. Merci pour ces années riches en émotions et en apéro ! Et tout particulièrement, aux habitués du hasard (qui se reconnaîtront !). Finalement peu importe que l'on soit à Grenoble Chambé ou Bernin, ce qui compte c'est le rituel de la petite Cornet des familles...

A Broussitch pour ses petits plats, et son aide inestimable pour la traduction du résumé...

A toute l'équipe de pneumo d'Aix les bains pour m'avoir accompagné pendant ce premier semestre. Et aux co-internes de la maison au poulailler !

A toute l'équipe de gynéc' Chatte d'Annecy pour ce semestre ensoleillé. Et surtout merci à William, Clara, Jenny, Judith et Alexia pour les poses café, les apé' rosé et pour avoir tolérer les 1145 versions de la p*te russe (au moins ...) sans broncher !

Et les « arrivées » plus récentes : Valou, Eli, Jonathan et Leon, Pilou et Alaska...

Aux équipes paramédicale, internes et médecins des **urgences du CHU**, pour ce semestre formateur mais surtout très fun !

Mention spéciale pour **Louise, Gilles** (j'ai hâte de voir ton numéro de cornemuse...), **Clément** et **Cadinot** c'est un immense plaisir de vous avoir rencontré...et ça ne fait que commencer (indeed...) !!

A mes prat d'UPL et de SASPAS qui mon donnés le gout de la médecine générale.

A l'équipe de la mut (Alex x2, Sylvie, Blandine etc), pour m'avoir transmis leur passion de la gériatrie. Aux inf du 3^e et du 4^e, au souvenir de ce petit WE à Barcelone !

Aux secrétaires de SOS pour leur patience et leur soutien. Et à **tous les médecins de SOS** qui m'ont accueilli à bras ouvert pour mon premier rempla !

A tous les médecins qui ont participés à ma formation.

Et à ceux que j'ai pu oublier (déso...) !

REMERCIEMENTS DE NOEMIE

Je dédie cette thèse à Mamyvette, qui aurait tant aimé être là et qui était si fière de moi. Tu me manques.

A ma famille sans qui ces 10 ans d'études auraient été tout simplement impossibles. Merci pour votre soutien sans faille.

A Maman, pour ton soutien et ton omniprésence, tu m'as toujours épaulée, surtout dans les moments difficiles, tu m'as toujours écoutée quand je faisais de longues logorrhées sur mes journées à l'hôpital, tu as toujours été de précieux conseils. Rien n'aurait pu être possible sans Toi. J'ai une chance inouïe d'avoir une mère comme toi.

A Papa, pour ton éternel optimisme, ton sourire à toute épreuve et l'intérêt que tu as porté à mes études. Merci pour m'avoir changé les idées à des moments clés et difficiles grâce au sport.

Merci à tous les deux de m'avoir mis dans les meilleures conditions de travail dès le premier jour de la première année de médecine, j'ai conscience de ma chance.

A Mon frère, Boubou, le frère le plus magique qu'on puisse avoir. Merci pour ton sourire et ta joie de vivre débordante, merci de voir toujours le verre à moitié plein et de faire de la vie une véritable fête !

A Ma sœur, Elo, pour m'avoir guidée depuis l'adolescence et avoir été de très bons conseils : c'est grâce à toi que j'ai choisi la médecine générale à Grenoble et c'était probablement le meilleur choix de ma vie ! A ta moitié, Simon, et à vos deux merveilleux enfants, Lino et Cloé.

A notre enfance si parfaite à tous les trois, remplie d'amour, je me souviens de chaque instant.

A mes tantes, oncles, cousins, Martine et Jean, Sylvie et Gilbert (mon grand !), Nanou, Nénène, Cécile et Yann, à Yves et Jocelyne, à Tonton Lucien.

J'ai une pensée particulière pour Laura. Ainsi que pour Liv dont je suis si fière d'être la marraine.

A Anne, à Loulou et mamie Lheureux ainsi qu'à toute la famille du Nord, merci de continuer à faire le lien. Loulou, ta présence me touche tant...

A Grand père, A Papi. J'ai grandi à travers vos yeux, vous m'avez tant appris, chacun à votre manière. Merci.

Merci pour cette belle famille que j'ai la chance d'avoir.

A ma Co thésarde de choc, Marie. Quelle chance d'avoir une amie comme toi. Tu as rendu ce travail presque plaisant ! C'est un bonheur et même un honneur d'avoir partagé cela avec toi.

A ma meilleure amie depuis près de 15 ans, **à Siska**. Tu m'as tellement soutenue depuis le premier jour, je me souviens encore du jour où tu m'as accompagnée pour les résultats de première année... Ma Siska, quel bonheur intense de t'avoir encore si près de moi, partout, tout le temps.

A ce bon vieux Kévinou évidemment qui fait partie de la même catégorie que le Boubou : optimisme débordant ! A Markus, si petit et déjà si précieux et important. A tes parents Doro et Jean qui sont comme une famille adoptive depuis près de 15 ans ! Merci pour votre accueil toujours incroyable, merci de m'avoir soutenu pendant ces longues années grâce notamment aux superbes burgers de Doro ! A ta famille allemande.

A mon petit, Lulu. Vous êtes un peu ma moitié. A notre vouvoiement, à nos rires, à nos larmes. A tous ces moments difficiles traversés ensemble mais aussi à tous ces moments de fête et de voyage. **A Odile.**

A Arnaud qui s'occupe si bien de vous.

A JM et Emma avec une pensée pleine d'émotion à **Loulou.** Pas une semaine se passe sans que je pense à toi, gros, tu me manques.

A mon deuxième frère, Céd, depuis quasiment 20 ans. Loin des yeux mais jamais loin du cœur, tu as toujours été là dans les moments importants. A notre amitié sincère et sans faille. A ta famille, que je suis toujours ravie de retrouver.

Une pensée pour tous les gens du Hand dijonnais. Discipline qui m'a permis de m'épanouir, de rencontrer des gens fabuleux, d'apprendre le respect et de gérer le stress. Je ne serai pas la personne que je suis devenue sans le handball.

A Patoche, un roc, toujours présente pour les autres. Merci ma patoche pour cela, tu fais partie de ces amis fidèles qui sont rares.

A la dod's, une valeur sûre, comme le bon vin, elle vieillit bien avec les années cette dod's (malgré un tendon d'achille pourri).

A la So, je pense souvent à toi.

Aux colocs de Meylan, qui sont devenus bien plus que des colocs pendant cet internat mais une deuxième famille. Boulzy pour ton écoute incroyable, Diego pour rendre le quotidien des autres plus beau, Isa pour ton amitié sans faille, Pegat Toqu' pour m'avoir fait l'honneur d'être ma co thésarde mais aussi la championne et nos longues conversations pour refaire le monde, Jenny alias Malnutrition, Renaud et Sardine, Judith et Léon, ptit colotto. A tous ces apéros partagés au hasard.

A Moumou, pour tous ces moments incroyables passés sur les bancs de la P1. « Mais ça a combien de vertèbres vous pensez une girafe ? » et tous les autres moments d'amitié si beau. Merci d'être mon amie

Une pensée pour Damien.

Aux Bobbys, ce groupe de folie de l'externat sans qui rien n'aurait été possible. Quelle chance j'ai de vous avoir encore près de moi après toutes ces années malgré les kms qui nous séparent tous. Bretzel, Hadri, Ludi, Jojo (et son fan club), Lylou, Elise, Pain de mich. A vos moitiés respectives et à Alaska.

A Moz, ma copine, ma pote, ma grande gueule préférée. Quelle chance d'avoir croisé ton chemin ! Merci pour être toujours là, merci de m'étonner toujours plus, merci de m'avoir fait l'honneur d'être ton témoin. Une amitié hors norme ! A ce bon vieux Pequi, à Victor et à Martine bien sûr !

A Pépé, pour les deux dernières années partagées, les restaurants mais aussi les conférences avec PYD, et surtout pour ce magnifique voyage en Ecosse. Ta présence me touche profondément. A Esteban également, à ses folies d'Embrunman !

Une pensée pour les co externes dijonnais que je suis toujours ravie de croiser à Grenoble : Popo la neuro, les Péd et tous les autres !

A Julie, merci pour tout ce que tu m'as appris tant sur le plan professionnel que personnel.

A Flavie, quelle chance d'avoir été ta voisine de chambre dans cet internat sainte Hélène ! c'est bon de t'avoir à mes côtés, toi qui fonctionne un peu comme moi. Merci de me laisser gagner de temps en temps au squash !

A Flo, ma copine de bière. A nos longues conversations sur la vie lors de mon premier semestre. A tous les futurs moments partagés sur Chambéry, je suis ravie de votre arrivée ! A Blo que je suis ravie de croiser à présent régulièrement à SOS Chambéry.

A tous les gens rencontrés sur ce grand parcours professionnel. Vous m'avez tous enrichi et vous avez tous contribué de près ou de loin au médecin que je suis devenue ! Merci.

A Sofia, qui a été et reste mon premier modèle idéal de médecin. Quelle chance de t'avoir encore dans ma vie près de 6 ans après notre première rencontre.

A l'équipe de Cardiologie de Chambé. A David et Yoann avec qui j'ai partagé ce premier semestre. Une pensée pour l'ensemble des cardiologues qui m'ont fait continué à aimer cette merveilleuse discipline, et en particulier au docteur Pierre Bohigas.

A mes trois maîtres de stage d'UPL, Graziella, Isabelle et Edouard : vous m'avez fait aimer la médecine générale, Merci.

A l'équipe de pédiatrie de Chambé ainsi qu'à mes co internes où j'ai eu la chance de rencontrer les docteurs Martin et Pinczon. Une pensée plus particulière au bon docteur PAGET, ainsi qu'au docteur COSTE, j'espère que nos chemins continueront de se croiser aussi régulièrement. Merci pour nos longues conversations Amandine que j'apprécie particulièrement.

A la superbe équipe des urgences du CHU. Gilles, Louise, Damien et Clément : les assistants les plus géniaux qu'on puisse avoir ! à tous mes co internes des urgences pour ce semestre magique, notamment Banderos, JBK et le bon docteur BONNET ! à tous nos molyk partagés ensemble à la coloc. A l'équipe soignante qui a été incroyable et que je n'oublierai pas.

A Sophie Perrin. Tu m'as tant appris sur le relationnel, tu m'as écoutée, tu m'as épaulée. Il n'y a pas une consultation de personne âgée que je fais sans penser à toi au moins une fois. Merci.

A Broussitch : ma lumière dans les ténèbres du vasculaire ! merci de m'avoir appris à voir la vie du bon côté et merci d'être devenue mon amie si rapidement lors de ton passage en France. Tu me manques !

A l'équipe de SOS Echirolles, à mes trois maîtres de stage (Eric, Richard et Romain), à l'ensemble des médecins de là-bas en particulier à Sophie et Claudie, aux secrétaires, Funda, Myriam, Rabiye, Rafika, Maxime, Mehdi, Victoria et une pensée toute particulière à Sonia qui m'a tant écoutée.

A l'équipe de SOS Chambéry, Quelle joie de travailler avec vous ! à Cristina, à Antoine, à Pierre Louis, à Pierre Yves, à Julien et à Annabelle. Merci pour votre accueil, vos conseils et votre écoute. Merci de supporter mes sauts d'humeur. Je suis juste enchantée de voir l'avenir à vos côtés.

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
REMERCIEMENTS DE MARIE	6
REMERCIEMENTS DE NOEMIE	8
TABLE DES ILLUSTRATIONS	14
TABLE DES TABLEAUX	14
TABLE DES FIGURES	15
GLOSSAIRE	16
INTRODUCTION	17
METHODE	22
1. PROTOCOLE ET ENREGISTREMENT	22
2. SOURCES DOCUMENTAIRES CONSULTEES	22
3. SELECTION DES DOCUMENTS	22
3.1 CRITERES D'INCLUSION	22
3.2 CRITERES D'EXCLUSION	23
4 STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	24
5 REFERENCEMENT DES ETUDES	25
6 INCLUSION DES DOCUMENTS	26
7 EXTRACTION DES DONNEES	27
7.1 OBJECTIF PRINCIPAL.....	27
7.2 OBJECTIF SECONDAIRE	28
8 EVALUATION DE LA QUALITE DES ETUDES	28
9 ANALYSE DES RESULTATS	29
9.1 ANALYSE PRINCIPALE	29
9.2 ANALYSES COMPLEMENTAIRES SUR LES OBJECTIFS SECONDAIRES	29
10 PROCEDURES ETHIQUES	30
RESULTATS	31
1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	31
2. CALCUL DU KAPPA DE PREMIERE LECTURE	34
3. DESCRIPTION DES MODELES D'ANALYSE DE LA QUALITE DES SOINS PREMIERS	34
3.1. LE MODELE DE DONABEDIAN	35
3.2. LES DERIVES DU MODELE DE DONABEDIAN	37
3.3. LE MODELE CCM	46
3.4. LES DERIVES DU CCM	48
3.5. LE MODELE D'HOLZEMER.....	50
3.6. LES MODELES DERIVES DU MODELE D'HOLZEMER	51

3.7.	LES MODELES ISOLES	54
3.8.	UN CAS A PART : LE MODELE DE CHIN	62
3.9.	SYNTHESE SCHEMATIQUE DU RESULTAT PRINCIPAL	63
4.	RESULTATS DE L'OBJECTIF SECONDAIRE : DIMENSIONS DE LA QUALITE.....	64
5.	QUALITE DES ETUDES INCLUSES.....	66
5.1.	DESCRIPTION DES RESULTATS.....	66
5.2.	KAPPA « VALIDITE DES ARTICLES »	67
DISCUSSION		69
1.	RESULTAT PRINCIPAL	69
2.	RESULTATS SECONDAIRES.....	71
2.1	DIMENSIONS DE LA QUALITE	71
2.2	QUALITE DES ETUDES INCLUSES	72
3.	VALIDITE INTERNE	72
3.1	KAPPA PREMIERE LECTURE :	72
3.2	KAPPA VALIDITE	72
3.3	FORCES :	73
3.4	LIMITES	74
4.	VALIDITE EXTERNE	76
5.	PERSPECTIVES D'AVENIR	76
CONCLUSION		78
RESUME		80
BIBLIOGRAPHIE :.....		82
ANNEXE 1 : EQUATION DE RECHERCHE ANGLAISE.....		101
ANNEXE 2 : EQUATION DE RECHERCHE FRANÇAISE		102
ANNEXE 3 : ECHELLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DES ETUDES INCLUSES DANS LA REVUE SYSTEMATIQUE		103
CARACTERISTIQUES DES ETUDES INCLUSES.....		104
SERMENT D'HIPPOCRATE		122

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 Caractéristiques des études incluses	113
Tableau 2 Nombre et pourcentage d'articles exclus en fonction des critères d'exclusion.....	114
Tableau 3 Articles sélectionnés pour lecture complète et provenance de ces articles.	115
Tableau 4 Calcul du Kappa première lecture.....	116
Tableau 5 Dimensions des soins premiers en fonction des articles inclus	118
Tableau 6 Qualité des études et modèles d'analyse	119
Tableau 7 Evaluation de la qualité des articles inclus par les deux investigatrices avec l'échelle de qualité.....	120
Tableau 8 Valeurs numériques pour l'évaluation de la qualité des articles inclus ..	121

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Flow chart.....	33
Figure 2 Modèle de DONABEDIAN	36
Figure 3 Modèle de CAMPBELL.....	37
Figure 4 Modèle de LEE & MILLS	38
Figure 5 The Quality-caring model	39
Figure 6 Modèle de VAN DRIEL.....	40
Figure 7 Modèle de SIBTHORPE	42
Figure 8 Primary Care Monitor	43
Figure 9 Le modèle de RATHERT	45
Figure 10 Chronic care model	47
Figure 11 Guided Care Model	48
Figure 12 Modèle de SANTANA.....	49
Figure 13 Modèle d'HOLZEMER	50
Figure 14 Modèle de WONG	52
Figure 15 Outcomes Model for Community-Based Settings.....	53
Figure 16 Quality Health Outcomes Model.....	54
Figure 17 Integrative Care for Chronic Condition	55
Figure 18 A results-based logic model	56
Figure 19 Modèle de CHICAGO	58
Figure 20 Modèle de HOGG.....	60
Figure 21 Modèle de KELLEY	61
Figure 23 Modèle de CHIN	62
Figure 24 Galaxie des modèles.....	63

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

RAP : Référentiel d'Analyse et de Progression

BDSP : Banque De Santé Publique

CCM : Chronic Care Model

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

ICCC : Integrative Care for Chronic Conditions

IRDES : Institut de Recherche et de Développement en Economie de la Santé

QualicoPC : QUALity and COst of Primary Care in Europe

MeSH : Medical Subject Headings

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OCDE : Organisation de Coordination et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMCBS : Outcomes Model for Community-Based Settings

HCQI : Health Care Quality Indicator

PCC : Patient-Centered Care

S-P-O : Structure-Process-Outcome

PCMH : Patient-Centered Medical Home

PDCA/PDSA : Plan Do Check Act/Plan Do Study Act

PROM : Patient-related Outcomes Measurement

RAP : Référentiel d'Analyse et de Progression

QHOM : Quality Health Outcome Model

INTRODUCTION

En 1978, lors de la conférence d'ALMA ALTA, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) affirme l'intérêt des soins primaires afin de protéger et promouvoir la santé de tous. Les soins de santé primaires sont définis comme suit : « *Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.* » (1)

Cette définition répond à une volonté de justice sociale assurant à tous un égal accès aux soins.

Les soins primaires sont renommés « soins premiers » en France en 2013. Ce changement cherchait à rendre une définition plus proche du terme anglophone « primary care », dans le sens de soins de premier recours. Cette modification s'inscrit dans la volonté de réforme du système de santé vers un accroissement de l'accessibilité et l'efficacité.(2)

En pratique, les soins de santé premiers ou soins de premier recours correspondent au premier contact des patients avec le système de santé.

Selon l'IRDES (Institut de Recherche et de Développement en Économie de la Santé) (3), les 3 types d'organisation des soins premiers sont schématiquement :

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins premiers et régulé par l'état (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ;
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ;
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins premiers à l'initiative d'acteurs (Allemagne, Canada, France).

En France la loi HPST (Hôpital relative au Patient, à la Santé et aux Territoires)(4) définit les missions des soins premiers comme :

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

L'étendue du champ d'application des soins premiers a conduit évidemment à une importante littérature pour évaluer ses composantes et son efficacité.

L'organisation des soins premiers peut se situer sur plusieurs échelles (nationale, régionale et départementale). Les enjeux et l'évaluation de la qualité des soins, dépendent de l'échelle employée.

Dans la région Auvergne Rhône-Alpes, par exemple, un schéma régional d'organisation des soins a été initié en 1992 et en est aujourd'hui à sa quatrième refonte. L'ARS (Agence Régionale de Santé) a privilégié une démarche concertée d'élaboration avec les acteurs de terrain (professionnels de santé, usagers et collectivités territoriales, assurance maladie), à travers les instances de concertation officielles (conférences régionales de santé, conférences de territoire mais également par la constitution d'un groupe technique composé d'experts professionnels et de représentants de l'assurance maladie). Ce groupe a été sollicité aux différentes étapes de la réflexion.

Globalement, la région Rhône-Alpes, deuxième région de France, par sa démographie et sa puissance économique, apparaît, toujours, comme une région privilégiée. Les indicateurs de santé sont plutôt supérieurs aux taux nationaux. Le système de santé est relativement dense et diversifié permettant à la population d'accéder aux soins dans des conditions jugées globalement favorables. Cependant, il existe de grandes variabilités en termes de démographie médicale et de besoins populationnels. Des améliorations en termes d'égalité ou d'équité reste donc envisageable.

L'une des pistes d'amélioration de l'organisation des soins premiers est le développement des MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaire). Celles-ci visent à améliorer l'accessibilité et la coordination des soins.

La question de leur évaluation est en cours de constitution mais qu'il s'agit d'un enjeu évident pour les années à venir. Ainsi, l'ARS met à la disposition des acteurs en santé

une matrice de maturité en soins premiers, aussi appelé RAP (Référentiel d'Analyse et de Progression) des regroupements pluriprofessionnels de soins premiers.

L'objectif de ce référentiel est d'aider les équipes pluriprofessionnelles de soins premiers, formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel, à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients.

En 1966, A DONABEDIAN décrit un modèle pour relier la qualité des soins et le statut de santé des individus (5). Il propose également une définition de la « qualité » des soins de santé suivant 3 principaux aspects : la structure des soins, le processus du soin et les résultats.

Depuis cette date, de nombreuses recherches ont été effectuées sur les soins de santé premiers. Notamment l'étude QUALICOPC (QUALity and COst of Primary Care in Europe) (6) qui évalue les performances des soins premiers en Europe en termes de qualité, d'équité et de coûts. Dans leur travail les auteurs s'inspirent explicitement du modèle de DONABEDIAN.

Malgré l'étendue de la littérature sur la qualité des soins primaires, il n'existe pas à ce jour de revue de bibliographie systématique portant sur les modèles d'analyse de la qualité des soins premiers.

Or la manière de penser les soins premiers (et donc de les modéliser) est productrice de sens pour les recherches futures mais également pour les politiques de santé.

La recherche de modèles d'évaluation de la qualité des soins premiers existant se justifie afin de comprendre comment est pensée, en science, la qualité des soins premiers.

Les deux investigatrices ont donc voulu savoir s'il existait, dans la littérature, d'autres modèles que celui de DONABEDIAN pour l'analyse de la qualité des soins premiers.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les modèles d'analyse de la qualité des soins premiers dans la littérature scientifique anglophone et francophone officielle.

L'objectif secondaire de cette étude était de répertorier les critères de qualité principalement utilisés dans l'évaluation des soins premiers, dans la littérature scientifique anglophone et francophone officielle.

METHODE

1. Protocole et enregistrement

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature inspirée des recommandations du Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions (7) et dans le respect du PRISMA Statement (8).

Le protocole d'étude a été enregistré dans la base de PROSPERO (n° 54558).

2. Sources documentaires consultées

Les bases de données et les moteurs de recherche suivants ont été consultés : BDSPP, CAIRN, CINHAL, COCHRANE, LISSA, MEDLINE, Persée, psychinfo, Rugbis, science direct et SUDOC.

3. Sélection des documents

3.1 Critères d'inclusion

La recherche se limitait aux ressources parues de 1998 (date de publication de l'erratum de DONABEDIAN) à la date de réalisation de la revue. Les articles devaient être en français ou en anglais.

Le cas échéant, la population étudiée devait être dans un contexte de soins premiers.

Les travaux devaient décrire ou analyser la qualité des soins premiers. Le terme de soins premiers équivaut au terme précédent de soins primaires. La définition utilisée pour les soins premiers est celle de la déclaration d'Alma Ata de 1978 des soins primaires (1). Les documents qui étudiaient, entre autres, les soins primaires étaient acceptés.

3.2 Critères d'exclusion

Les documents rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français étaient exclus.

Les documents étudiant uniquement les soins secondaires ou tertiaires (n'intéressant pas les soins premiers) étaient exclus. De fait, les documents concernant uniquement les soins hospitaliers étaient exclus.

Les types de documents suivants étaient exclus : interviews, vidéos, carnets d'éducation de patients et lettres d'information de patients, ainsi que tout ce qui concerne un avis personnel. Ceci car la qualité de leur propos n'a pas fait l'objet d'un processus de validation comme la révision d'un article scientifique ou d'un recueil de travaux de recherche.

Les essais thérapeutiques étaient exclus puisqu'ils ne portent pas, par nature, sur la description de modèles.

Les articles concernant une maladie spécifique étaient exclus.

Tous les documents concernant un lieu unique spécifique étaient exclus.

Les articles provenant de pays à faible revenu (d'après la définition de l'OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Économique) (9) étaient exclus car ils n'ont pas les mêmes problématiques organisationnelles de soins que les pays européens.

Ont été exclus les articles sans résumé.

En ce qui concerne les livres, les investigatrices les ont exclus pour raison de faisabilité.

4 Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un documentaliste spécialisé dans l'information scientifique.

La recherche était prévue dans les bases du 1^{er} janvier 2016 au 1^{er} janvier 2017.

Pour la base de données de MEDLINE, la stratégie de recherche a été la suivante : les auteurs ont défini les termes MeSH (Medical Subject Headings) adéquats au thème. A savoir : « Primary Health Care » (MeSH Major topic), « Organization And Administration », « Health Care Evaluation Mecanism », « Quality Of Health Care », « Health Care Quality, Access And Evaluation », « Outcome, Assessment Health Care ».

Le terme « Framework » a été ajouté à la recherche bien qu'il ne s'agisse pas d'un MeSH. En effet, les investigatrices n'ont pas trouvé de MeSH correspondant au

concept de modèle. « Framework » a donc été retenu puisque c'est le terme le plus adapté (10).

Cette combinaison de MeSH a permis d'aboutir à une équation de recherche, entrée dans PUBMED. Enfin, le filtre « humain », ainsi qu'un filtre chronologique, ont été ajoutés ([Annexe 1 : équation de recherche anglaise](#)).

Cette équation a été adaptée pour les autres moteurs de recherche. Et notamment une équation française a été émise pour les bases de données francophones. ([Annexe 2 : équation de recherche française](#))

Les bibliographies des publications retenues ont été analysées afin de répertorier d'autres études pertinentes.

5 Référencement des études

Tous les titres et tous les résumés ont été référencés avec le logiciel ZOTERO.

Les doublons ont été dénombrés puis supprimés.

6 Inclusion des documents

Les deux chercheuses ont analysé séparément et en parallèle l'ensemble des titres et des résumés des articles issus des équations de recherche. L'exclusion des articles s'est faite sur les critères décrits au [chapitre 3.2](#).

Les articles retenus sur leur titre et résumé étaient analysés par les mêmes chercheuses en parallèle, en fonction des critères décrits au [chapitre 3](#), s'il convenait de les conserver dans la revue.

Les désaccords étaient résolus par une tierce personne, directeur de ce travail.

Toutes les anomalies ont ensuite été résolues par le retour à la consultation des sources.

L'accord entre les deux investigatrices a été mesuré à partir de ce codage, grâce au calcul du coefficient Kappa de Cohen (11). Le test de Kappa de Cohen a servi à calculer la fiabilité entre les deux investigatrices au cours du premier tri.

Le calcul du Kappa a été effectué avec le logiciel R Core Team de 2016.

La formule utilisée est rappelée ci-dessous :

$$K = (P_o - P_c) / (1 - P_c)$$

Où P_o est la proportion de concordance (ou accord) observée et P_c la probabilité d'une concordance (ou accord) aléatoire.

Un $Kappa \leq 0$ représente une discordance. Un $Kappa = 1$ représente une concordance parfaite.

Un coefficient Kappa supérieur ou égal à 0,7 est admis comme un seuil d'une bonne concordance inter évaluatrices.

7 Extraction des données

7.1 Objectif principal

Les données des articles ont été extraites par deux investigatrices dans un tableau de collecte des données (Tableau 1 Caractéristiques des études incluses).

Les données suivantes étaient extraites des études incluses : titre, journal de publication, auteurs, date de publication, type d'étude, modèle d'analyse utilisé et qualité de l'étude incluse.

Le type d'étude correspondait au protocole de l'étude.

Le modèle d'analyse des soins premiers correspondait à l'élément principal de cette recherche.

Si le modèle était explicitement cité dans l'article, celui-ci était rapporté tel quel dans le tableau de collecte des données.

Les différents modèles d'analyse ainsi récupérés ont ensuite été classés en fonction du fait qu'ils découlaient du modèle de DONABEDIAN ou non (12).

7.2 Objectif secondaire

Les éléments complémentaires recueillis au cours de l'étude étaient les critères de qualité utilisés pour l'évaluation des soins premiers.

8 Evaluation de la qualité des études

Les investigatrices ont établi une feuille de calcul en 8 points, commune à l'ensemble des études, pour évaluer la qualité des études incluses.

Cette échelle a été établie en s'inspirant du COCHRANE HANDBOOK (7), du score R AMSTAR (13) et de l'échelle de JADAD(14) avant la réalisation de la recherche documentaire.

Il y avait 8 questions composant cette échelle : un « oui » correspondait à 1 point, un « non » à 0 point. La qualité était donc évaluée de 0 à 8 points.

Le classement s'est effectué en 4 catégories comme suit :

Études de niveau faible (validité faible) : 0 et 1 point

Études de niveau médiocre : 2 et 3 points

Études de niveau correct : 4 et 5 points

Études de niveau fort (validité forte) : 6, 7 et 8 points

(Annexe 3 : Echelle d'évaluation de la qualité des études incluses dans la revue systématique)

Les désaccords ont été réglés par consensus entre les deux investigatrices.

Afin de mesurer l'accord entre les deux investigatrices au sujet de la qualité des articles originaux un second coefficient Kappa de Cohen (11) a été calculé. Ce second Kappa a été intitulé Kappa « validité ».

9 Analyse des résultats

9.1 Analyse principale

Les résultats extraits des études correspondaient aux modèles utilisés pour décrire la qualité des soins premiers.

Cette étude correspondait à une revue systématique avec une analyse qualitative des données.

Les auteurs ont tout d'abord rassemblé les concepts provenant de plusieurs études individuelles.

Puis elles ont utilisé une approche interprétative afin d'organiser les résultats provenant de ces études.

9.2 Analyses complémentaires sur les objectifs secondaires

Les auteurs ont également cherché à savoir si les articles originaux explicitaient le modèle utilisé dans leur étude ou utilisaient un modèle de manière implicite. Le but étant de chercher à établir un lien entre l'explicitation d'un modèle et la qualité intrinsèque d'une étude.

10 Procédures éthiques

Ce travail ne nécessitait pas de recours à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés) ou à un comité d'éthique. En effet, la population à inclure était composée d'articles ou de documents et non de personnes. Ce travail n'était donc pas soumis à un comité d'éthique puisque la forme même de la revue systématique ne le requiert pas.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'étude

Au total, 5913 publications ont été identifiées à partir des différents moteurs de recherche. 4 articles supplémentaires ont été identifiés sur la base d'autres sources. Les 5917 documents comportaient 5 doublons.

Les deux investigatrices ont étudié, en parallèle, les titres et résumés de l'ensemble de ces 5912 articles. L'exclusion suivait les critères nommés au [paragraphe 3.2](#).

La plupart des articles ont été exclus car ils concernaient les soins secondaires ou primaires ou car ils traitaient d'une pathologie spécifique (cf. Tableau 2 Nombre et pourcentage d'articles exclus en fonction des critères d'exclusion).

Pour 15 articles, l'avis du modérateur a été nécessaire. Après avis, 11 articles sur les 15 ont été inclus pour lecture complète, 4 ont été exclus.

Au final, 179 articles ont été sélectionnés en vue d'une lecture intégrale du texte (Tableau 3 Articles sélectionnés pour lecture complète et provenance de ces articles.

Par l'étude des bibliographies des 179 articles. 26 articles ont été inclus pour lecture complète. Parmi ces 26 articles, 12 ont été inclus dans l'analyse finale.

Après lecture complète de ces articles, 53 ont été inclus dans l'analyse finale.

Dix articles inclus étaient des revues systématiques de la littérature, 9 des revues narratives de la littérature, 15 des avis d'experts, 9 articles correspondaient à des

études descriptives, observationnelles ou transversales, 3 à des études interventionnelles et 5 à des études qualitatives. Enfin, 2 articles étaient inclassables.

Sur les 53 articles, 26 ont été considérés comme issus ou dérivés de DONABEDIAN, 10 comme dérivés ou issus du CCM (Chronic Care Model) (15), 3 dérivés ou issus du modèle d'HOLZEMER(16) et 5 n'avaient pas de modèle défini. Les articles restants sont des modèles que les investigatrices ont classés comme « modèle isolé » (1 modèle à part, 6 isolés dont 3 présentent le même modèle isolé). Les investigatrices proposent une représentation de ce résultat sous forme de schéma ([Synthèse schématique du résultat principal](#)).

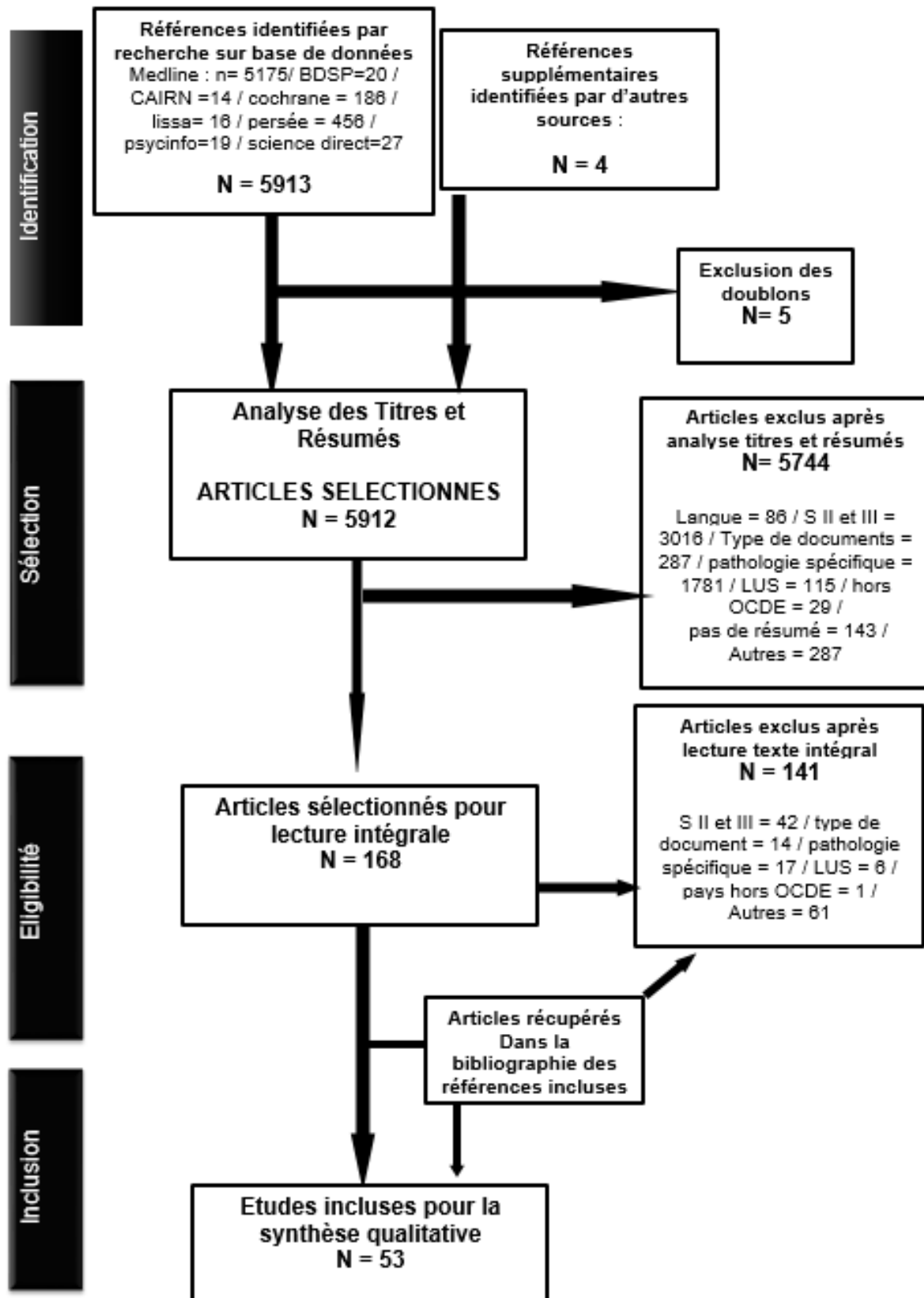


Figure 1 Flow chart

2. Calcul du Kappa de première lecture

Afin de mesurer le degré d'accord entre les deux investigatrices concernant l'inclusion des articles, un coefficient Kappa a été calculé (Cf. Tableau 4 Calcul du Kappa première lecture)

Kappa = 0.54 IC 95% (0.48-0.6)

3. Description des modèles d'analyse de la qualité des soins premiers

Dix modèles d'analyse de la qualité des soins premiers ont été identifiés. Trois des modèles ont engendré des dérivés, présentés ci-dessous. Six sont quant à eux considérés comme isolés. Les différents modèles identifiés sont les suivants :

- Le modèle de DONABEDIAN (12)
- Le modèle CCM : Chronic Care Model) (15)
- Le modèle d'HOLZEMER (outcome model for health care research) (16)
- Le modèle QHOM (Quality Health Outcome Model) (17)
- Le modèle ICCC (Integrative Care for Chronic Condition) (18)
- Le modèle de WATSON (Result-based logic model for primary health care) (19)
- Le modèle de CHICAGO (20)
- Le modèle de HOGG (Conceptual framework for primary care organization) (21)
- Le modèle de KELLEY (22)

3.1. Le modèle de DONABEDIAN

En 1966, DONABEDIAN définit la qualité des soins comme étant la manière dont les services de santé, à l'échelle individuelle comme des communautés, augmentent la probabilité d'obtenir des résultats de santé souhaités tout en étant compatibles avec les connaissances professionnelles actuelles (12).

Il décrit alors un modèle d'évaluation de la qualité se composant de trois catégories essentielles : structure, processus et résultats.

- La structure répond à la question « avons-nous les moyens de bien faire ? » : elle décrit donc le contexte dans lequel les soins sont dispensés aux patients. Il s'agit des ressources matérielles (infrastructure, financement, main d'œuvre etc.) et des ressources humaines (les compétences).
- Le processus répond à la question « faisons-nous comme il faut faire ? ». Il s'agit de tous les moyens et transactions entre le patient et les fournisseurs de soin, tout au long de leur prestation de soins. Cela correspond donc à l'organisation des soins et aux pratiques professionnelles : soins fournis aux patients ; conformité aux bonnes pratiques professionnelles.
- Le résultat répond à la question : « avons-nous de bons résultats ? ». Ce sont les effets des soins sur le statut de santé du patient et de la population au sens plus large. Cela correspond donc à la satisfaction des patients et leur état de santé (morbi-mortalité, qualité de vie, survenue de complications par exemple).

Le modèle de DONABEDIAN est un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

Donabedian's Quality Framework



Figure 2 Modèle de DONABEDIAN

3.2. Les dérivés du modèle de DONABEDIAN

3.2.1. CAMPBELL

En 2000, CAMPBELL (23) utilise le modèle de DONABEDIAN avec la trame « structure, processus, résultats » afin de définir et de comparer la qualité des soins de santé entre les États-Unis et l'Angleterre.

CAMPBELL, a instauré une dynamique dans son modèle en incluant des interactions dans les deux sens entre les trois S-P-O qu'il a représenté par des traits non directionnels. Il adapte ce modèle sur deux échelles distinctes (la santé de l'individu versus la santé de la population générale).

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

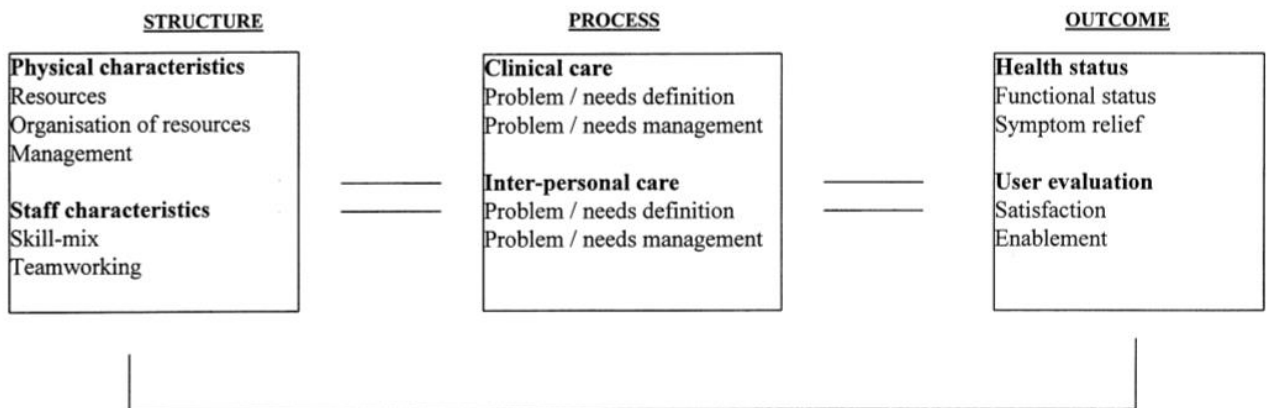


Figure 3 Modèle de CAMPBELL

3.2.2. LEE & MILLS

Le modèle présenté par LEE & MILLS en 2000 (24), est également issu du modèle de DONABEDIAN et concerne les soins infirmiers à domicile. L'objectif était d'identifier les profils des patients expliquant les variations en termes d'utilisation des ressources et de résultats de santé.

Le terme RN correspond aux soins infirmiers reçus.

Il se concentre sur les catégories de processus et de résultats des soins.

Il s'agit d'un modèle spécifique à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

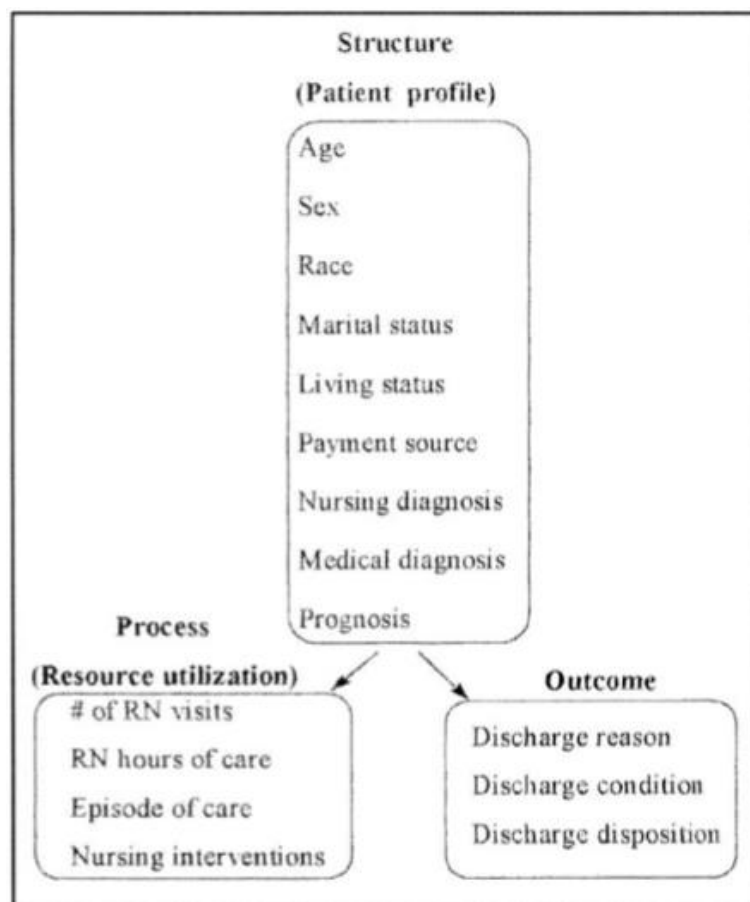


Figure 4 Modèle de LEE & MILLS

3.2.3. DUFFY

En 2003, DUFFY (25) introduit un modèle d'évaluation de la qualité des soins intitulé the Quality-caring model, spécifique aux soins infirmiers.

Tout en se basant sur le modèle « structure-process-outcomes » ce dérivé apporte une nouvelle dimension temporelle : les éléments causals (passé), les relations de soins (présent) et les résultats à court et moyen terme (futur).

Ainsi il s'intéresse au côté dynamique des interactions entre les sous-catégories placées dans un contexte temporel.

Il s'agit d'un modèle spécifique à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

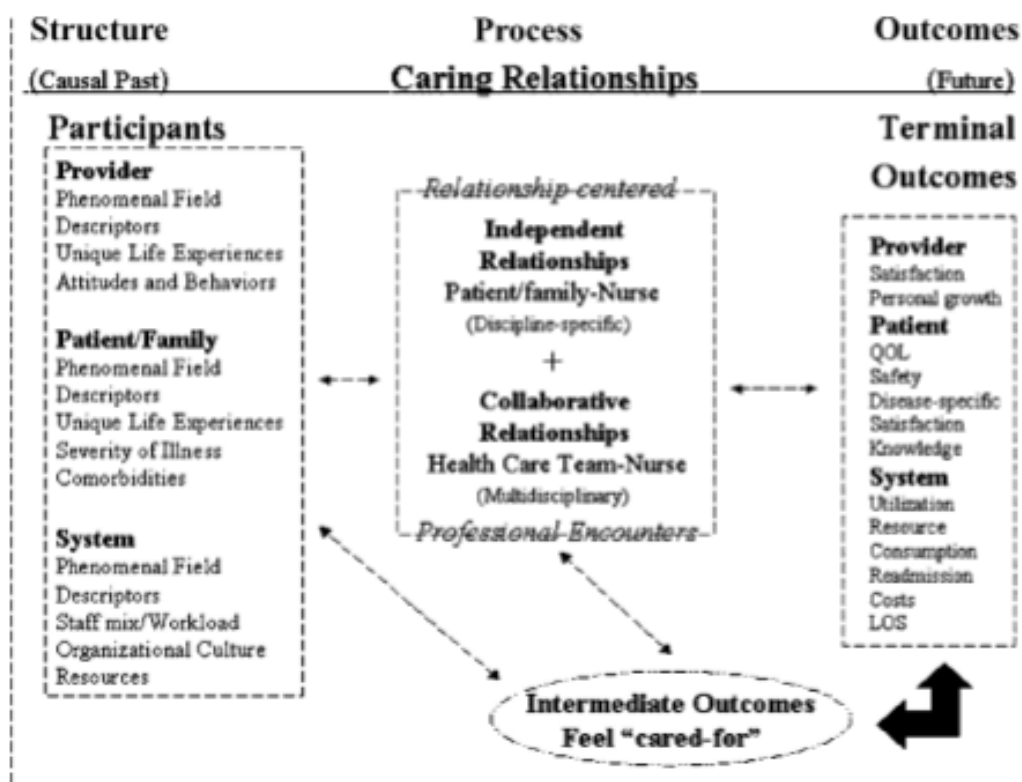


Figure 5 The Quality-caring model

3.2.4. VAN DRIEL

En 2005, VAN DRIEL (26) s'interroge sur l'amélioration de la qualité de soins de santé. Il détermine les preuves nécessaires à l'évaluation de cette amélioration en s'inspirant du modèle de DONABEDIAN.

Il est plus précis que le modèle de DONABEDIAN et détaille également les interactions dynamiques entre S-P-O. Il met la structure en relation avec la société, l'individu et le système de soin. Il distingue bien « le patient en tant qu'individu et en tant que membre de la société ».

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

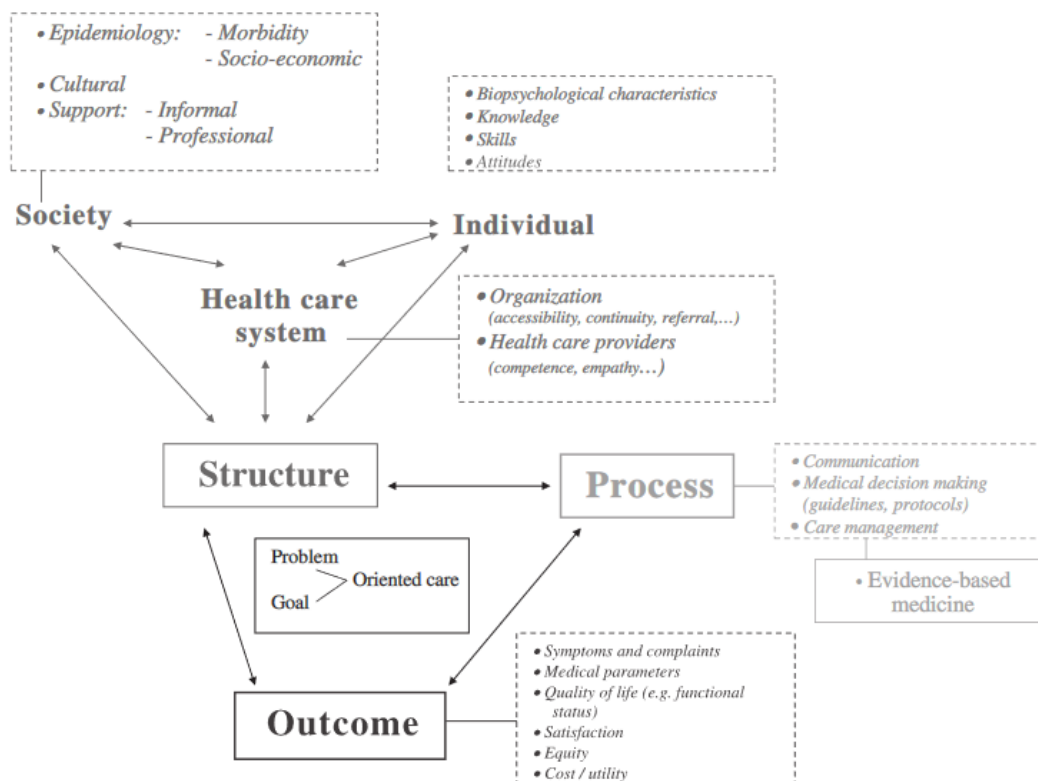


Figure 6 Modèle de VAN DRIEL

3.2.5. SIBTHORPE

En 2007, SIBTHORPE (27) part du modèle de DONABEDIAN afin de définir un nouveau schéma d'analyse de la qualité des soins. Il s'agit de : « the framework for performance assessment in primary health care » (FPA_PHC). Cet article focalise l'analyse de la qualité des soins premiers à partir des objectifs définis.

Dans l'élément structure apparaît une sous-catégorie, intitulée « stewardship » (intendance), orientée sur des questions matérielles, financières et politiques.

Il s'agit d'un modèle spécifique adapté à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

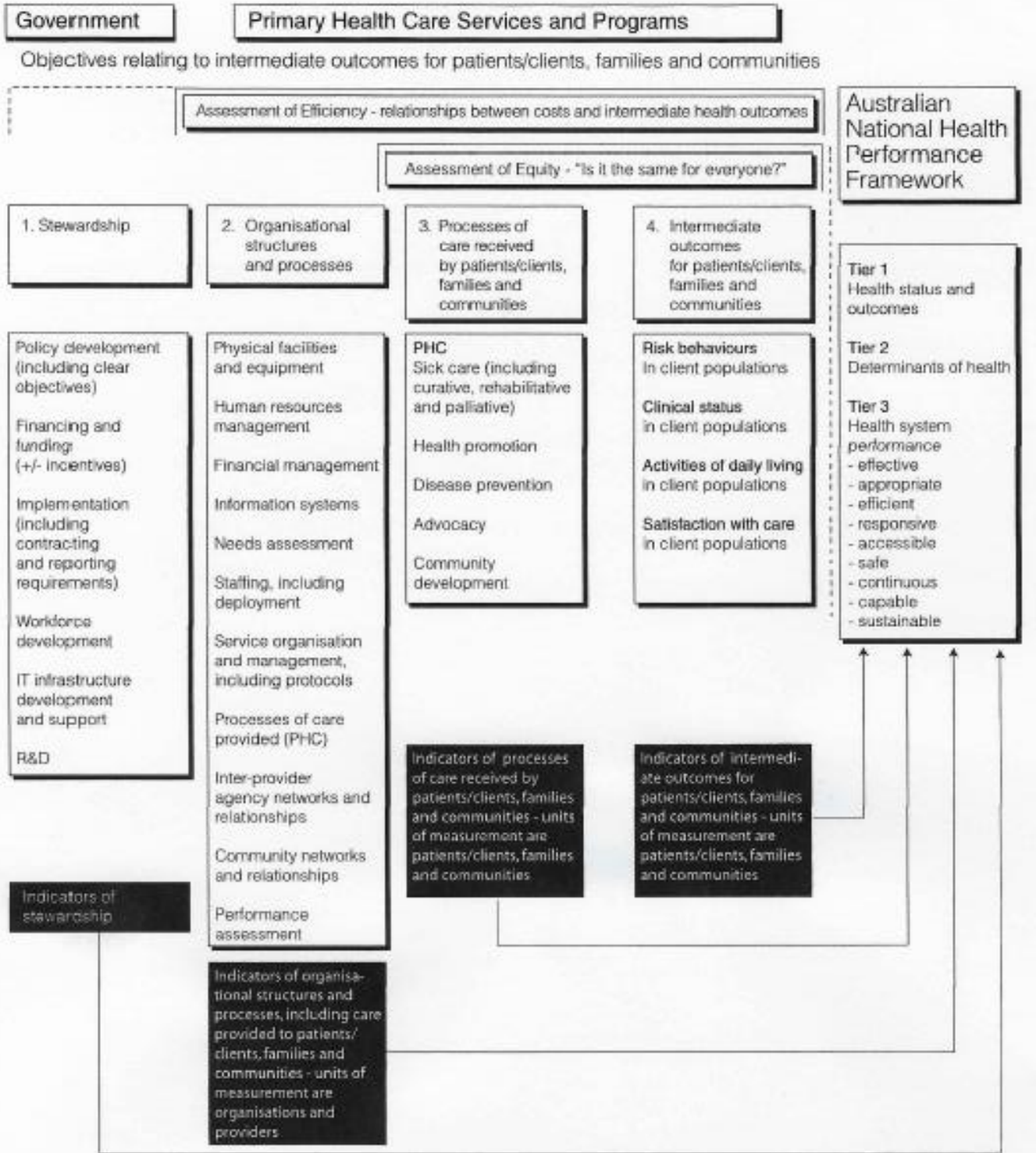


Figure 7 Modèle de SIBTHORPE

3.2.6. KRINGOS

En 2010, KRINGOS (10) introduit une dérivation du modèle de DONABEDIAN, dans une revue de bibliographie systématique préparatoire au projet « Suivi des systèmes de soins primaires en Europe ».

Il s'agit d'un modèle spécifique à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

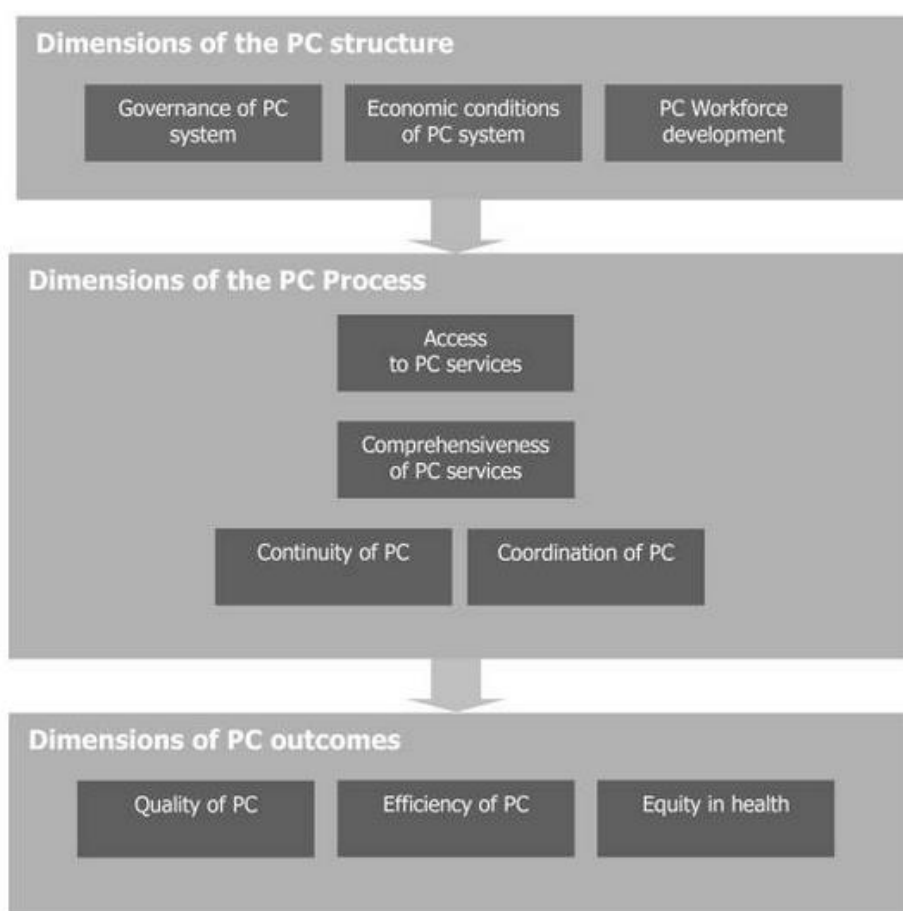


Figure 8 Primary Care Monitor

3.2.7. RATHERT

En 2012, RATHERT (28) s'inspire du modèle de DONABEDIAN dans le cadre du soin centré sur le patient ou Patient-centered care (PCC). Il définit le PCC comme étant l'expérience de la transparence, de l'individualisation, de la reconnaissance, du respect, de la dignité et du choix en toutes matières, sans exception, liées à la personne, aux circonstances et aux relations dans les soins de santé. Ces éléments et leur priorité sont subordonnés au souhait du patient. Cependant, dans ce modèle, la notion de structure n'apparaît pas. Il se concentre uniquement sur le processus de soins et les résultats dans le cadre de soins centré sur le patient.

Il constitue une trame processus, médiateurs, résultats (Process-Mediators-Outcomes) mettant le patient au centre du modèle. Chaque élément influence les autres.

Les dimensions du processus sont détaillées.

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

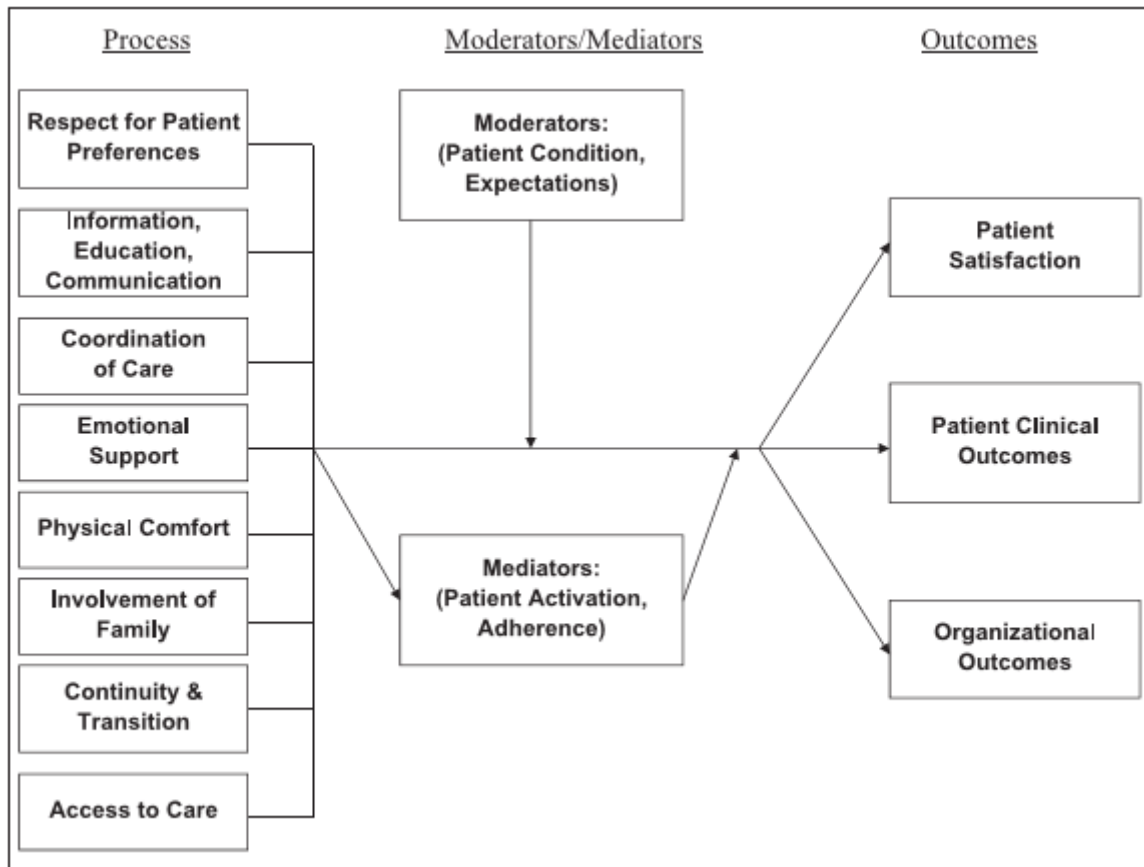


Figure 9 Le modèle de RATHERT

3.3. Le modèle CCM

En 1996, le Chronic care model (CCM), est proposé par WAGNER & al. Il se concentre sur la prise en charge des pathologies chroniques (15).

Il comprend 6 piliers :

- Le système de santé
- Les prestations
- L'aide à la décision
- Les systèmes d'information
- L'auto prise en charge
- La communauté

En 2006, 4 nouveaux concepts apparaissent :

- L'approche centrée sur le patient
- L'approche à bon escient et efficiente
- La pratique sûre et basée sur les faits
- La pratique coordonnée

Le CCM est un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

Chronic Care Model

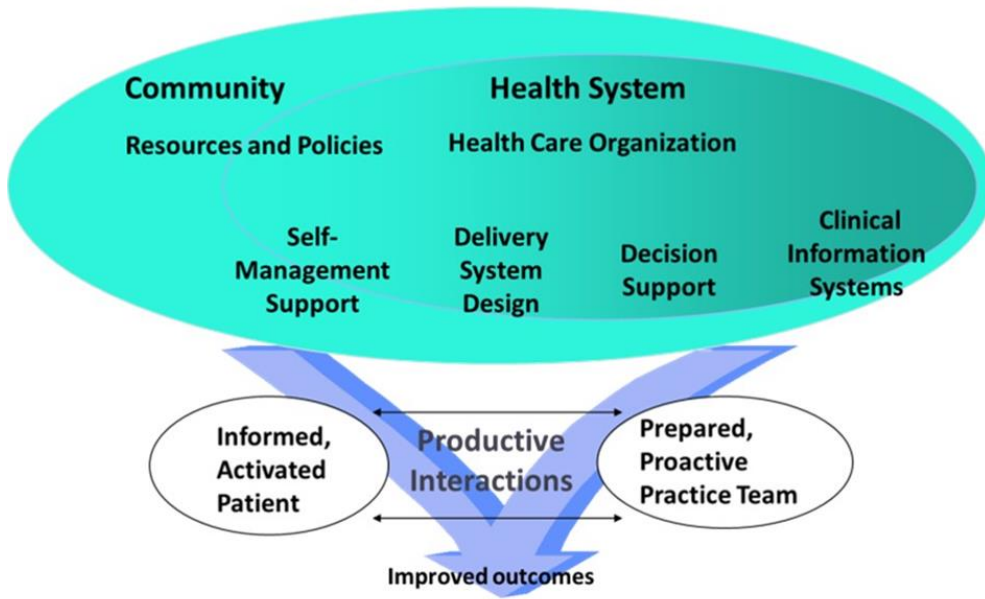


Figure 10 Chronic care model

3.4. Les dérivés du CCM

3.4.1. BOYD

En 2007, BOYD (29) adapte à la population gériatrique le CCM, destiné aux patients chronique.

Il détaille chaque sous-catégorie du modèle CCM et propose un moyen d'évaluation spécifique.

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.



Figure 11 Guided Care Model

3.4.2. SANTANA

En 2013, SANTANA (30) , développe le CCM en y incorporant 3 nouveaux éléments centrés sur le patient :

- La communication (patient / médecin ; patient / famille ; famille / médecin)
- La gestion (centrée sur le patient : prise de décision, autonomisation etc.)
- Les résultats centrés sur le patient (PROM : Patient reported-outcome measurement)

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

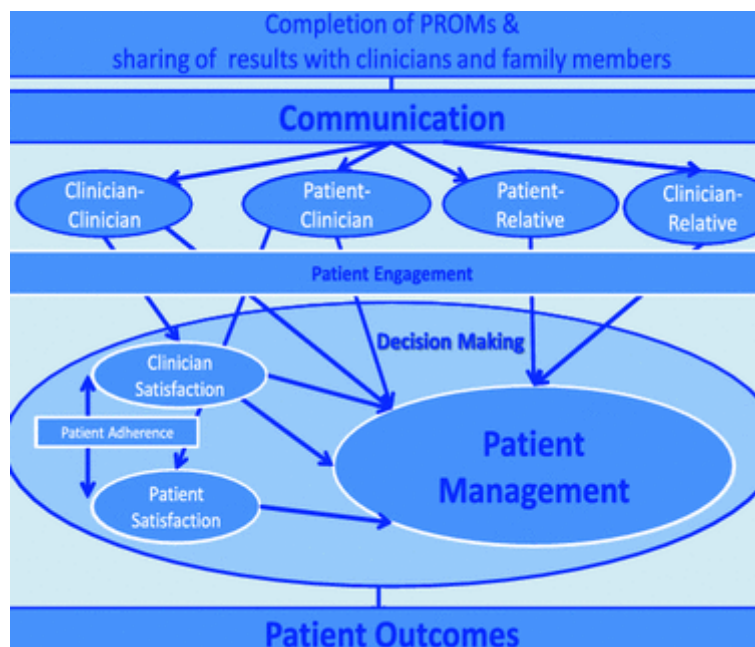


Figure 12 Modèle de SANTANA

3.5. Le modèle d'HOLZEMER

Développé en 1994, le modèle d'HOLZEMER est également basé sur le travail initial de DONABEDIAN en se concentrant surtout sur les soins infirmiers. Il est présenté à travers deux axes et neuf dimensions (16).

L'axe horizontal est composé d'éléments s'apparentant au modèle de DONABEDIAN : Input / Context (remplaçant « structure ») ; Processus et Outcome.

L'axe vertical comprend 3 nouveaux éléments : Client/Provider/Setting (Client/fournisseurs des soins/cadre).

Le modèle d'HOLZEMER est un modèle spécifique adapté à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

	Inputs → 1970's	Processes → 1980's	Outcomes 1990's
Client			
Provider			
Setting			

Figure 13 Modèle d'HOLZEMER

3.6. Les modèles dérivés du modèle d'HOLZEMER

3.6.1. WONG

En 2000, WONG (31) propose un modèle dérivé de celui d'HOLZEMER pour l'évaluation de la qualité des soins premiers également destiné aux soins infirmiers.

Il reprend les éléments du modèle d'HOLZEMER qu'il détaille plus précisément, notamment pour la case setting qu'il divise en setting-system of care et setting-community.

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

	Structure/Inputs	Process	Outcomes
Setting-Community	<ul style="list-style-type: none"> • Community area (geographic and political) characteristics • Target population characteristics 	<ul style="list-style-type: none"> • Target population processes 	<ul style="list-style-type: none"> • Changes in target population characteristics
Setting-System of Care	<ul style="list-style-type: none"> • Type and location of clinic • Business resources (e.g., communication modes—telephone, fax, modem) • Philosophy of clinic, mission 	<ul style="list-style-type: none"> • What happens between system and community • External system changes with provider staff (e.g., new hires) • Provider training by system (e.g., cultural competency, care for families) • Administrative processes • Within-system processes and changes 	<ul style="list-style-type: none"> • System outcomes (e.g., partnerships formed with other community organizations) • Business outcomes (e.g., increased number of clients seen)
	<ul style="list-style-type: none"> • Within-system access to care • Number of and type of providers and staff • Services available 	<ul style="list-style-type: none"> • Services added 	<ul style="list-style-type: none"> • Within-system access • Utilization by target population
Provider/Staff	<ul style="list-style-type: none"> • Provider/staff characteristics 	<ul style="list-style-type: none"> • Provider/staff interactions with clients: • Technical processes of care • Interpersonal processes of care 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprehensiveness of services • Provider/staff satisfaction • Cultural sensitivity of provider/staff
Client	<ul style="list-style-type: none"> • Client demographics • Child health status (initial) • Parent health status (initial) • Family environment (initial) 	<ul style="list-style-type: none"> • Client utilization of clinic services • Parent/family resources 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction with health care • Child health status • Parent health status • Family environment

Figure 14 Modèle de WONG

3.6.2. OMCBS (Outcomes Model for Community-Based Settings)

Ce modèle développé en 2000 est un modèle hybride entre les modèles d'HOLZEMER et de DONABEDIAN destiné aux soins infirmiers. (32)

Il reprend le tableau d'HOLZEMER et définit chaque « case » de façon plus détaillée.

Il s'agit d'un modèle spécifique, adapté à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

	Inputs	Processes	Outcomes
Client	Demographics Client health problem(s) Physiological status Symptom(s) Treatment preferences Access to care Personal resources Insurance	Self-care Client engagement in care Adherence	Health status <ul style="list-style-type: none"> • physical/symptoms • social • psychological • general/quality of life Health knowledge Health behavior Satisfaction with care
Provider	Provider Characteristics: <ul style="list-style-type: none"> • education • expertise • experience 	Interventions: <ul style="list-style-type: none"> • health teaching, guidance and counseling • treatments and procedures • case management • surveillance 	Quality of work life: <ul style="list-style-type: none"> • satisfaction • work climate • Student competencies • Student satisfaction
Setting	Setting characteristics: <ul style="list-style-type: none"> • community served • physical environment • administrative structure • policies and procedures • standards of care • skill mix 	Governing activities Quality management Advisory board activities Communication patterns	Quality of care (aggregated outcomes) Client satisfaction (aggregated) Cost

Figure 15 Outcomes Model for Community-Based Settings

3.7. Les modèles isolés

3.7.1. QHOM (Quality Health Outcomes Model)

Le QHOM (17) se base sur le modèle de DONABEDIAN qu'il a voulu rendre dynamique. Il utilise également les éléments du modèle d'HOLZEMER. Cette hybridation et la relation non linéaire entre les catégories en font un modèle à part entière.

Il veut se mettre en opposition avec la vue traditionnelle qui admet qu'une intervention de santé a un lien direct sur des résultats de santé. Le QHOM juge que cela dépend à la fois des caractéristiques du système et également du patient, c'est pourquoi il n'y a pas de lien direct entre interventions et résultats/objectifs.

Le QHOM est un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

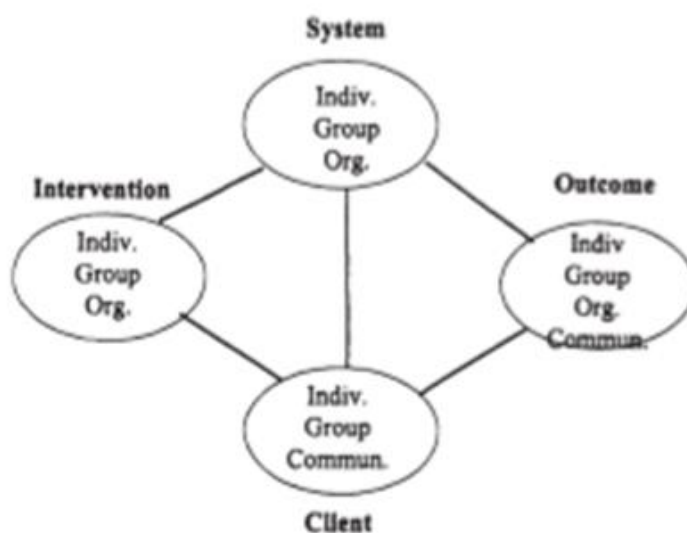


Figure 16 Quality Health Outcomes Model

3.7.2. ICCC (*Integrative Care for Chronic Condition*)

Ce modèle (18) a été développé en 2005. Tout comme celui de WAGNER, il se concentre sur les pathologies chroniques. Les soins de santé sont présentés sous la forme d'une triade, composée des patients et de leurs familles, des équipes de soins de santé et des partenaires communautaires.

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

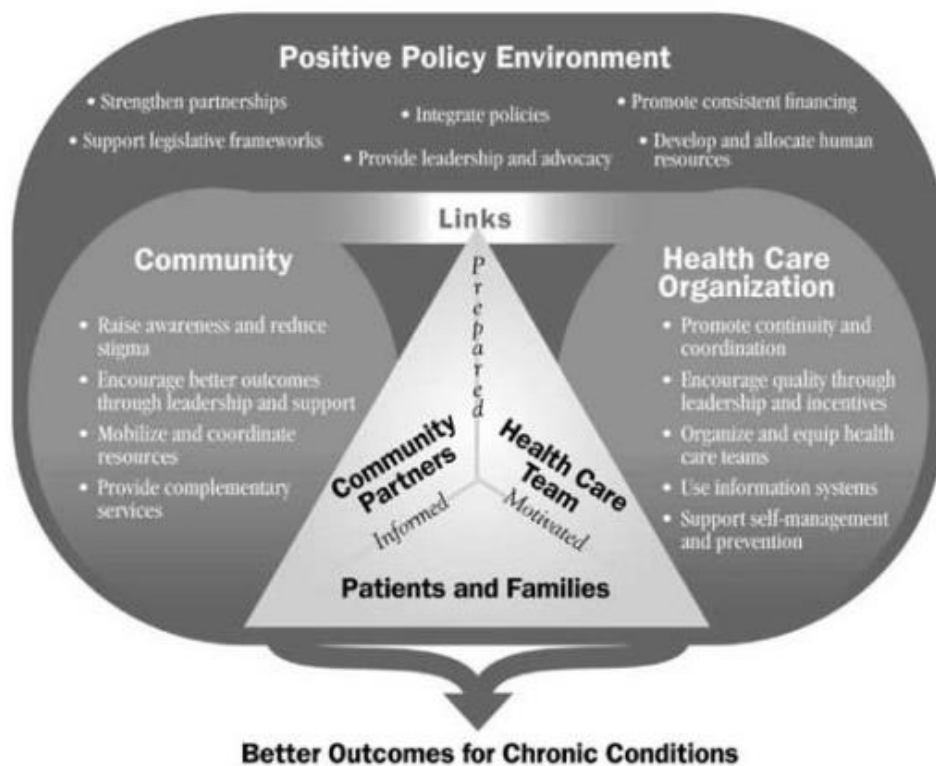


Figure 17 *Integrative Care for Chronic Condition*

3.7.3. WATSON

Développé en 2009, le modèle de WATSON (19) s'intitule « a results-based logic model ».

Il divise les soins premiers en deux dimensions : efficiency (productivité) et efficacy (efficacité) incluant les résultats à court et moyen terme.

Ce modèle est très détaillé : l'équivalent du S-P du modèle de DONABEDIAN est divisé en 4 (contexts/ inputs/ activities/ outputs) et le O est lui-même divisé en trois résultats (direct, indirect, final).

Il s'agit d'un modèle spécifique, adapté à l'évaluation de la qualité des soins premiers.

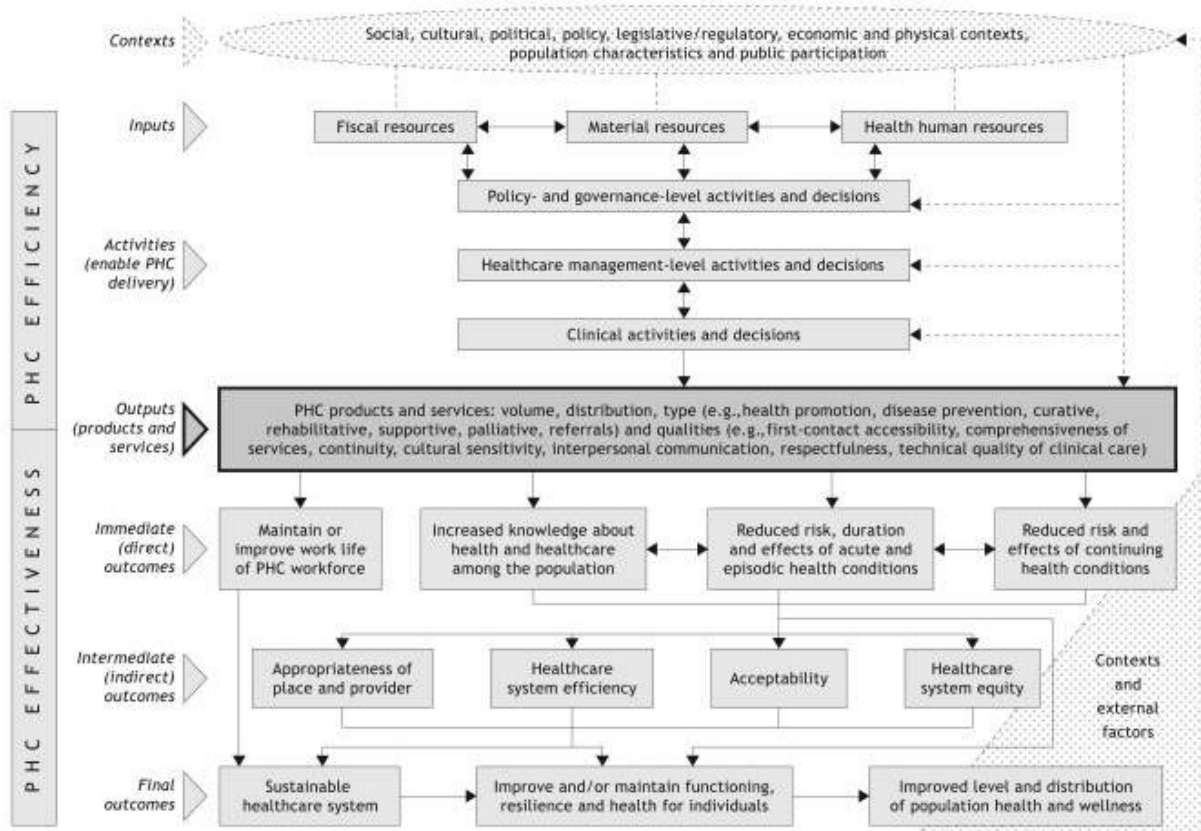


Figure 18 A results-based logic model

3.7.4. CHICAGO

Le modèle de CHICAGO (20) utilise également la trame de DONABEDIAN S-P-O mais apporte une modification permettant de la considérer comme un modèle à part entière.

Le champ de l'organisation/structure comprend les décisions en politique de santé ainsi que le système de délivrance des soins, les aspects liés à l'environnement et les caractéristiques des populations.

Le champ du processus de soins regroupe l'accès réel aux soins, les facteurs de risque liés à la santé ainsi que le rendement de la délivrance des soins.

Les résultats sont divisés en deux parties : les résultats intermédiaires (efficacité et équité) et les résultats finaux (correspondant au statut de santé des patients ou de la population).

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

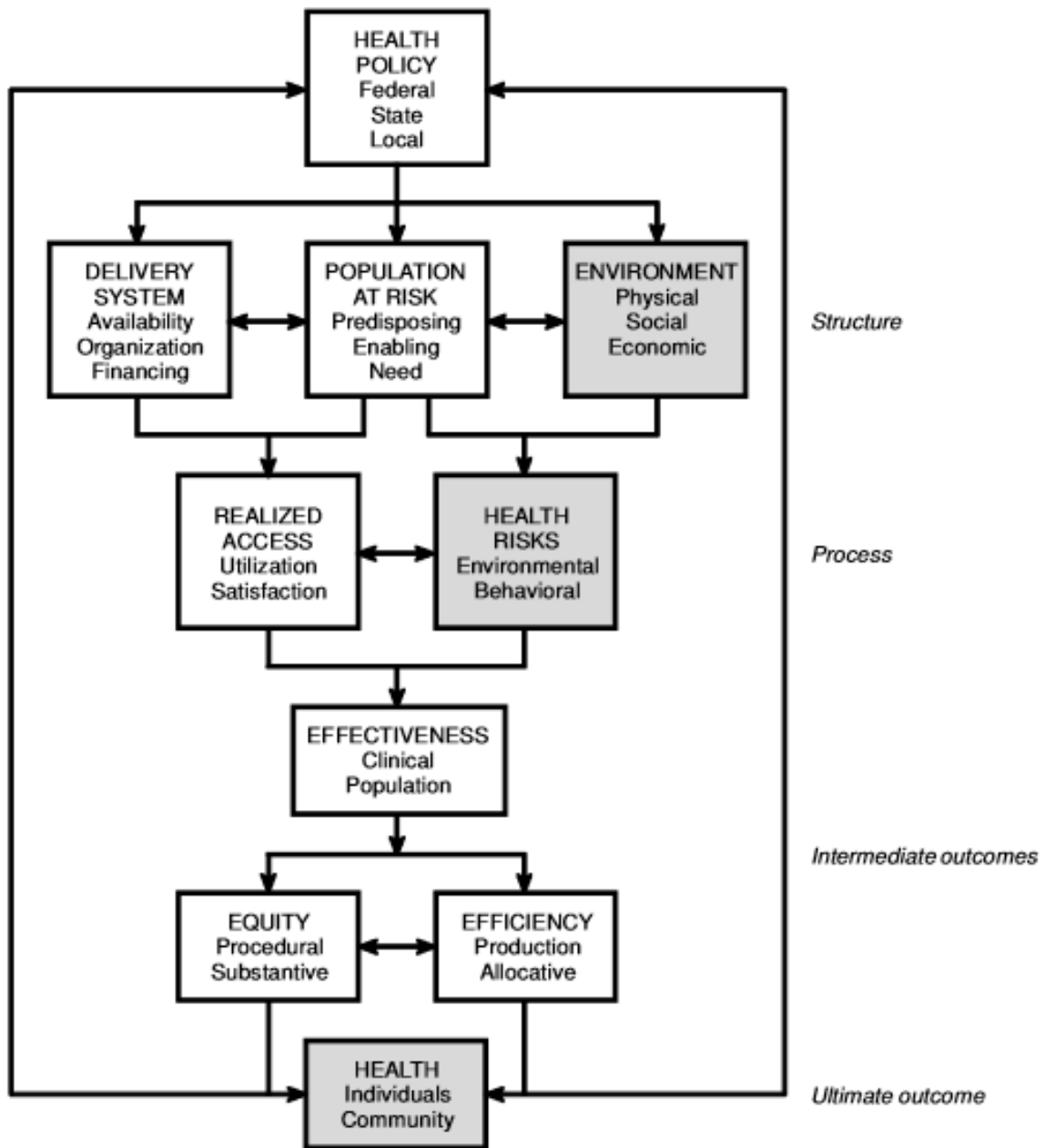


Figure 19 Modèle de CHICAGO

3.7.5. HOGG

Développé en 2008, le modèle de HOGG (21) se divise en deux parties :

- Un domaine structurel (incluant le système des soins, l'organisation des pratiques et le contexte de pratique de soins)
- Un domaine de performance (incluant la performance dans le champ de la délivrance des soins et dans le champ technique)

Il s'agit d'un modèle dynamique mis en évidence par des flèches à double sens.

Le modèle de HOGG a une présentation toute particulière par ses schémas mais n'est finalement qu'une énumération détaillée d'éléments d'évaluation de la qualité des soins.

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

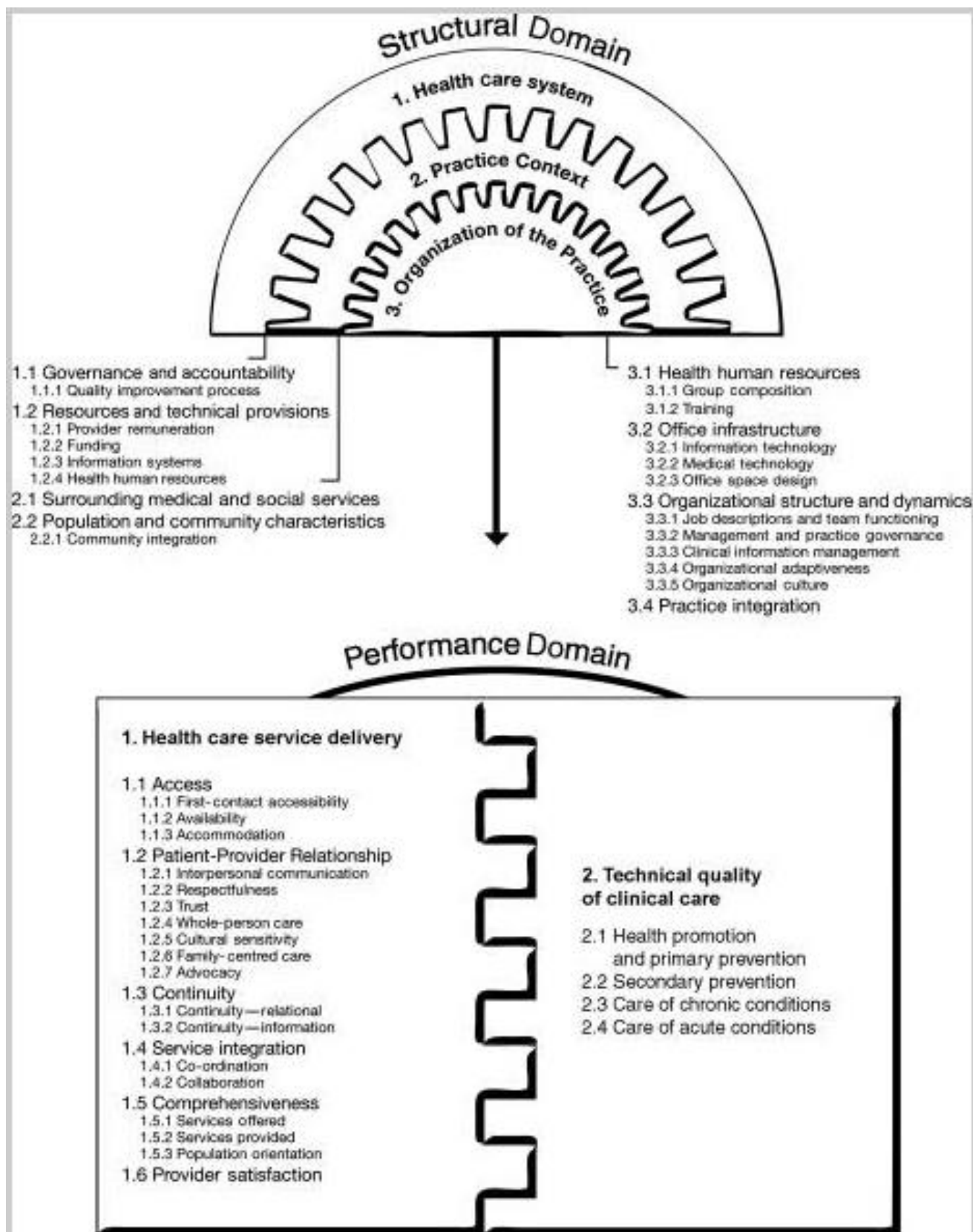


Figure 20 Modèle de HOGG

3.7.6. KELLEY

Ce modèle (22) intègre la qualité des soins dans un ensemble plus général.

Il intègre le S-P-O mais dans un objectif de recherche spécifique, c'est un document de préparation d'un projet de recherche appelé Health Care Quality Indicators. C'est pour cette raison que les investigatrices ont décidé de le considérer comme modèle à part entière malgré la présence du S-P-O.

Contrairement à DONABEDIAN qui s'intéresse à la population et y intègre les critères de qualité, KELLEY s'intéresse d'abord aux indicateurs de qualité (Quality indicators) pour préparer un projet de recherche précis. C'est un objectif de santé.

Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins généraux qui est applicable aux soins premiers.

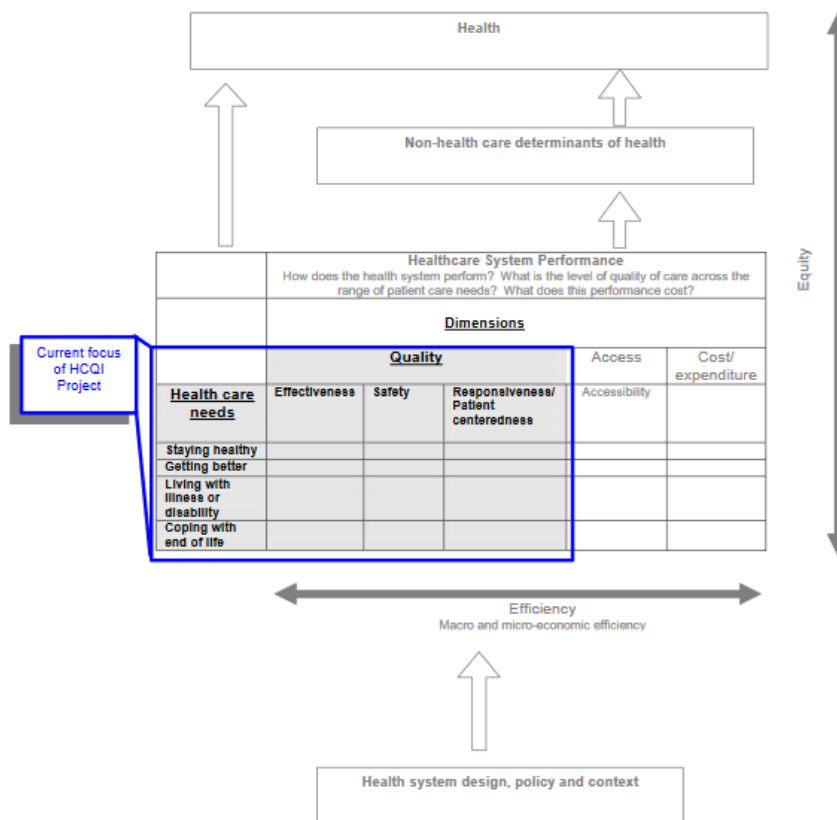


Figure 21 Modèle de KELLEY

3.8. Un cas à part : le modèle de CHIN

Enfin, l'article de CHIN « What is the quality of quality of medical care measures ? Rashomon-like relativism and real-world applications » est à mettre à part (33). Il s'agit d'une revue narrative de bibliographie, publiée en 2003.

Cet article ne présente pas un modèle d'analyse de la qualité des soins au sens strict, mais s'intéresse à la classification de ces modèles.

Il propose une matrice, tri-dimensionnelle, se basant sur les différentes mesures d'analyses de la qualité des soins. Elle est établie en fonction des différents acteurs participant aux soins (patients, professionnels de la santé, agents de santé publique etc.).

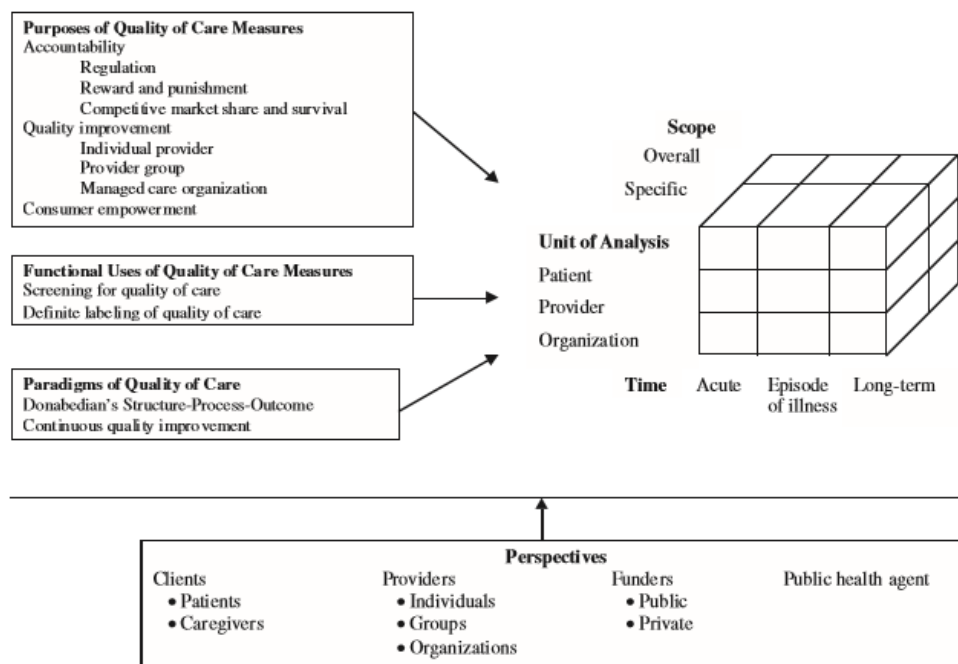


Figure 22 *Modèle de CHIN*

3.9. Synthèse schématique du résultat principal

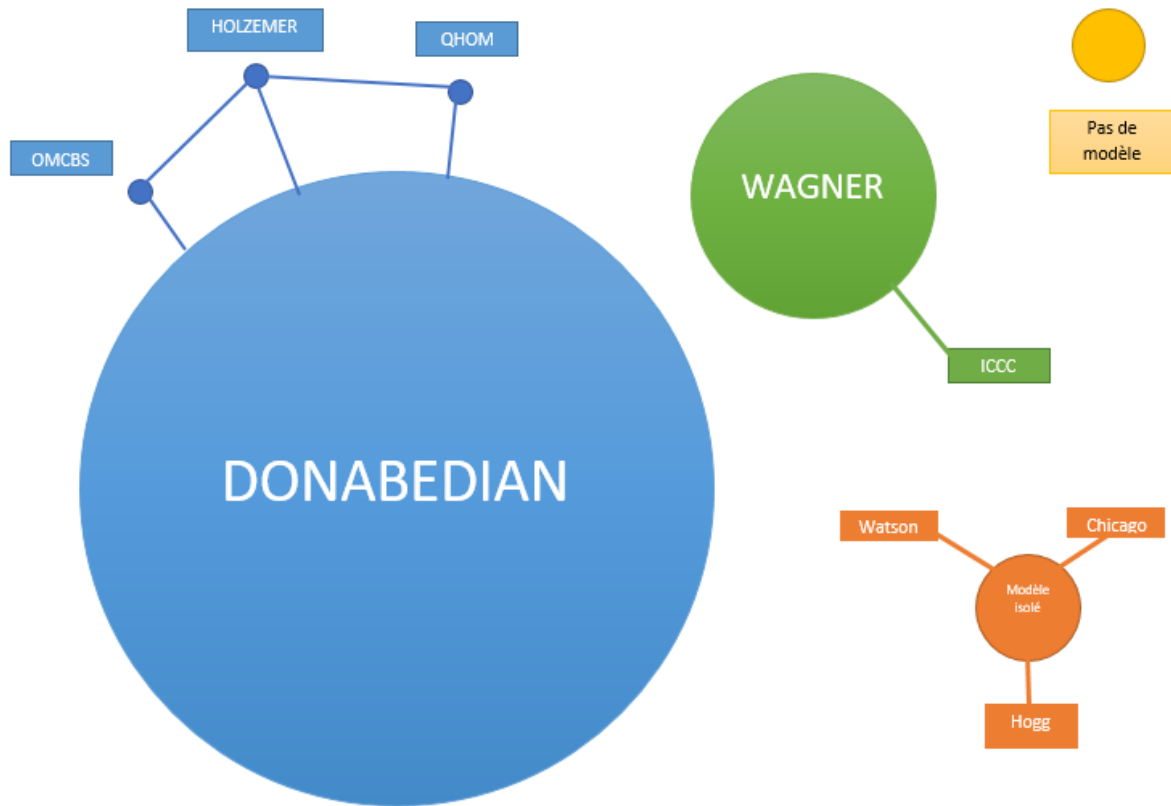


Figure 23 Galaxie des modèles

4. Résultats de l'objectif secondaire : Dimensions de la Qualité

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les dimensions de la qualité des soins premiers, et d'en proposer une classification.

Ces dimensions sont présentées dans le

Tableau 5 Dimensions des soins premiers en fonction des articles inclus.

La classification proposée utilise le modèle de DONABEDIAN (S-P-O), puisqu'il s'agit du modèle le plus consensuel. Les deux investigatrices ont ajouté une catégorie « patient » comme présenté dans le modèle de RATHERT.

Certaines dimensions sont apparues plus souvent que d'autres : accès (22 fois) ; compétence/ capacité (17 fois) ; continuité (20 fois) ; efficacité (19 fois) ; équité (13 fois) ; soins centrés sur le patient (18 fois).

STRUCTURE

Système de gouvernance (*Governance*) ; équipement (*equipment*) ; développement de main-d'oeuvre (*workforce development*).

PROCESSUS

Accès (*Access*) ; acceptabilité (*acceptability*) ; abordabilité (*affordability*) ; pertinence (*appropriateness*) ; responsabilité (*accountability*) ; compétence (*competence*) ; capacité (*capacity*) ; exhaustivité (*comprehensiveness*) ; communication (*communication*) ; continuité (*continuity*) ; coordination (*coordination*) ; ponctualité (*timeliness*) ; sécurité (*safety*) ; prévention (*prevention*) ; confiance (*trust*).

PATIENT

Soins centrés sur le patient (*patient centeredness*) ; éducation du patient (*patient education*) ; adhésion du patient (*patient adherence*) ; implication du patient (*patient activation/ engagement*) ; soins centrés sur la famille (*family centered care*).

RESULTATS

Efficacité (*effectiveness*) ; productivité (*efficiency*) ; qualité (*quality*) ; équité (*equity*) ; satisfaction (*satisfaction*) ; disponibilité (*availability*) ; résultats centrés sur le patient (*patient outcome*).

5. Qualité des études incluses

5.1. Description des résultats

Pour chaque étude originale, les articles ont été classés en fonction de leur validité interne en suivant l'échelle présentée [en annexe 3](#), représenté dans le Tableau 6 Qualité des études et modèles d'analyse.

Les données relatives à la qualité des articles inclus sont présentées dans le Tableau 1 Caractéristiques des études incluses.

Afin de mesurer l'accord entre les deux investigatrices, un second coefficient Kappa a été calculé (appelé Kappa validité). Tableau 7 Evaluation de la qualité des articles inclus par les deux investigatrices avec l'échelle de qualité

Deux versions de ce Kappa ont été émises : une version non pondérée, $K = 0,69$ et une version pondérée, $K = 0,92$.

Sur les 53 articles, un consensus entre les deux investigatrices pour l'évaluation de la qualité a été nécessaire pour 12 articles.

Sur les 14 articles de validité forte confirmée par les deux investigatrices, 9 étaient des revues systématiques de bibliographie. L'ensemble de ces 14 articles a été réalisé après les années 2000.

Sur les 17 articles de validité faible confirmée par les deux investigatrices, 11 sont des avis d'experts et 6 sont des revues narratives de bibliographie. Ces 17 articles sont antérieurs à 2000.

Avec 53 articles et 4 catégories de qualité, les investigatrices ne pouvaient pas faire de comparaison statistique par manque de puissance. Ainsi, aucun lien statistiquement significatif n'a été testé entre la qualité des études et le type de modèle.

5.2. KAPPA « validité des articles »

Cette matrice comprend, le nombre d'articles se trouvant dans le cas de figure tiré dans chaque case. Ceci peut s'apparenter à une matrice de confusion.

Ainsi, 3 articles ont été codés « Médiocre » selon l'investigatrice LHEUREUX et « Faible » selon l'investigatrice PEGAT. Sur 53 articles, 41 se trouvent sur la diagonale, soit un taux d'accord de 77%.

De plus, la totalité des désaccords sont adjacents à la diagonale : aucun article n'a été codé à deux catégories d'intervalle par les relectrices.

Il en ressort que 9 articles se situent au-dessus de la diagonale contre 3 en dessous : l'investigatrice LHEUREUX semble avoir été un peu plus indulgente que l'investigatrice PEGAT.

Est également appliqué un calcul Kappa de Cohen sur cette matrice :

- Kappa non pondéré $K = 0.69$ IC95% (0.54- 0.84)
- Kappa pondéré $K = 0.92$ IC95% (0.88- 0.96)

Enfin, le coefficient de corrélation de Spearman entre les deux notes attribuées à chaque article est de : $r_s = 0.9187754$.

Les valeurs des écart-type et moyenne sont proches entre les deux investigatrices.

Le coefficient de corrélation linéaire n'a pas été calculé car les notes ne suivent pas une loi normale. L'ensemble des résultats sont rappelés au Tableau 8 Valeurs numériques pour l'évaluation de la qualité des articles inclus.

DISCUSSION

1. Résultat principal

Les investigatrices ont identifié 10 modèles qu'elles ont classés en 4 catégories (DONABEDIAN et ses dérivés, CCM et ses dérivés, HOLZEMER et ses dérivés et enfin, les modèles isolés).

Le modèle le plus souvent utilisé dans l'évaluation de la qualité des soins premiers reste celui de DONABEDIAN avec 26 articles sur 53 inclus.

Il peut être qualifié de « séminal ». En effet, il a été la référence dans le domaine d'évaluation de la qualité et a donc « ensemencé » tous les autres modèles de façon directe ou indirecte. De ce fait, les articles l'utilisant ne précisent pas toujours pourquoi ils ont fait ce choix. Ceci peut s'expliquer notamment par la simplicité du modèle limité à trois grandes catégories. Sa simplicité en fait le plus petit dénominateur commun utilisable pour analyser la qualité d'un ensemble. Néanmoins, le modèle de DONABEDIAN n'est pas spécifique aux soins premiers.

La plupart des autres modèles identifiés sont également des modèles d'analyse de la qualité des soins généraux.

Les modèles spécifiques à l'analyse de la qualité des soins premiers sont en général issus d'étude portant sur les soins infirmiers.

Seuls 5 modèles ou dérivés étaient spécifiques aux soins premiers : LEE & MILLS, DUFFY, SIBTHORPE, KRINGOS, OMCBS et WATSON.

Sur l'ensemble des modèles, 13 modèles ou dérivés étaient intuitifs et simples d'utilisation : DONABEDIAN, CAMPBELL, LEE & MILLS, VAN DRIEL, KRINGOS,

RATHER, CCM, BOYD, SANTANA, HOLZEMER, WONG, OMCBS et QHOM. La complexité de certains modèles semblait rédhibitoire pour les investigatrices pour leur diffusion et leur utilisation en recherche.

Une approche simpliste des résultats pourrait conclure que les modèles suivants sont de prime abord à privilégier (spécificité aux soins premiers et simplicité) : OMCBS, LEE & MILLS et KRINGOS.

Les modèles OMCBS et LEE & MILLS ont été élaborés pour les soins infirmiers uniquement, et le modèle de KRINGOS était pluriprofessionnel mais centré sur les médecins.

Ainsi le modèle de KRINGOS appelé le Primary Care monitor, semblait l'adaptation du modèle de DONABEDIAN la plus facile d'utilisation pour la recherche en soins premiers de grande envergure.

La classification choisie par les investigatrices a présenté certaines difficultés de choix. En effet, certains projets n'ont pas été considérés comme des modèles à part entière :

- Les deux investigatrices ont décidé de ne pas considérer le PCMH (Primary Care medical Home) de l'article d'ALEXANDER (34) en tant que modèle car il s'agit d'un principe de fonctionnement des soins premiers et non pas un modèle d'analyse de la qualité des soins premiers.
- La boucle PDSA (Plan-Do-Study-Act) de BERWICK (35) ainsi que le modèle d'EVANS (36) n'ont pas été retenus comme des modèles dans ce travail.. Les investigatrices les ont exclus en différenciant le « modèle » du « processus d'amélioration » de la qualité des soins primaires.

Ces derniers articles sont néanmoins à rattacher à la réflexion de l'évaluation de la qualité notamment en soins premiers. Ce point sera repris plus loin dans la section « perspectives de recherche »

Depuis le début des années 2000 l'évaluation de la qualité des soins et des soins premiers se concentre sur la prise en charge des pathologies chroniques et sur les soins centrés sur les patients.

Ceci peut s'expliquer par l'augmentation de la prévalence et de la prise de conscience de ces pathologies.

Une autre justification peut être l'évolution récente des relations médecins-patients. Et un virage vers une proposition des soins moins autoritaires, incluant directement le patient dans sa prise en charge.

2. Résultats secondaires

2.1 Dimensions de la qualité

Les investigatrices ont proposé une classification des dimensions fondée sur le modèle de DONABEDIAN, puisqu'il est le plus couramment utilisé. Une case centrale a été ajoutée : le patient. Cet ajout cherchait à tenir compte de l'importance dans la littérature des critères de jugements centrés sur l'individu ou sa communauté.

Les dimensions accès, efficacité et continuité étaient celles les plus souvent citées. Elles semblent correspondre aux missions premières des soins premiers.

2.2 Qualité des études incluses

Le critère « type de document » qui correspondait au protocole de l'étude semblait un critère prédictif de la qualité. Les investigatrices n'ont pas pu vérifier de lien statistique faute d'une puissance suffisante. A l'opposé, les articles de qualité faible étaient des revues narratives ou des avis d'experts.

3. Validité interne

3.1 Kappa première lecture :

Ce Kappa a mis deux éléments en évidence : les deux investigatrices ont eu un excellent accord pour dire ce qui était hors-sujet. Néanmoins, cet accord a été nettement moins bon pour dire ce qui était pertinent : sur 336 articles jugés potentiellement pertinents par au moins une des deux investigatrices, seulement un tiers (130) ont été jugés pertinents par les deux relectrices. L'absence de définition consensuelle ou d'un terme Mesh spécifique pour « framework » explique sans doute ce Kappa bas.

3.2 Kappa validité

Après avis auprès d'un médecin de santé publique, deux versions du kappa de validité ont été calculées : un coefficient non pondéré et un coefficient pondéré aux 4 catégories de qualité. Ceci a été fait afin d'affiner l'analyse statistique.

Les deux coefficients sont intéressants. Le Kappa non pondéré (estimé à 0,69, IC95% [0,54-0,84]) reflète la capacité des relectrices à émettre exactement le même jugement et considère toutes les discordances sur un pied d'égalité.

Le Kappa pondéré (estimé à 0.92 IC95% [0.88- 0.96]) accorde un poids plus faible aux discordances légères (entre fort et correct, par exemple) qu'aux divergences importantes (entre fort et faible, par exemple). Comme, dans cette étude, toutes les divergences sont faibles, il est logique que ce coefficient soit bien plus optimiste.

3.3 Forces :

Il s'agit de la première étude systématique des modes d'analyse de la qualité des soins premiers dans la littérature.

Ce travail a respecté les standards de qualité de la revue systématique (Prisma Statement et le manuel de la fondation Cochrane).

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont favorisé la sélection d'articles concernant des exercices des soins premiers comparables ou habituels à ceux des soignants en France. Ainsi ces modèles peuvent être adaptés à la recherche française en soins premiers. En particulier le modèle de KRINGOS (Primary care monitor) semble assez pertinent pour l'exercice de la médecine générale en France.

Le Kappa de validité est élevé. La grille d'évaluation utilisée par les investigatrices a été établie sur la base d'échelles reconnues.

3.4 Limites

Le terme « Framework » a été ajouté à la recherche bien qu'il ne s'agisse pas d'un MeSH. En effet, les investigatrices n'ont pas pu trouver de MeSH correspondant au concept de modèle. « Framework » a donc été retenu puisqu'il s'agit du terme le plus adapté. Néanmoins, il a été responsable d'une imprécision dans la recherche initiale. Ceci se retrouve dans la faiblesse du coefficient Kappa de première lecture. En effet les investigatrices pouvaient facilement dire ce qui n'était pas inclus pour l'analyse des modèles. Cependant elles avaient plus de difficulté pour affirmer ce qui relevé d'un modèle d'évaluation. Comme dit précédemment l'hésitation sur les articles d'EVANS et les travaux relatifs au PDSA en sont un exemple.

Ce travail ne comprend pas l'analyse de la littérature grise par définition : les critères d'inclusion ne retenaient que les articles rigoureusement validés. Néanmoins, il serait intéressant de faire le même travail avec la littérature grise et ses moteurs spécifiques de recherche (GREY MATTERS, MEDNAR, PROQUEST) afin de voir si les mêmes modèles sont présents, ou si d'autres modèles sont introduits. De plus, cette recherche permettrait de compenser un biais de publication sur le sujet de la qualité des soins primaires.

Les investigatrices ont retenu les articles en français et en anglais de 1998 à 2017 uniquement, ce qui peut avoir induit un manque d'exhaustivité. Cependant, les investigatrices avaient jugé que des modèles plus anciens, s'ils existaient, apparaîtraient dans les références des études d'après 1998. En effet, deux documents des années 1970 et un de 1996 étaient apparus de manière isolée de cette manière.

Le faible nombre d'éléments sur l'ensemble des résultats fait penser que ce manque d'exhaustivité a été marginal.

De même, les investigatrices n'ont pas inclus les livres traitant le sujet par un souci de faisabilité, ce qui a pu également restreindre l'exhaustivité.

Les investigatrices ont choisi de réaliser une revue de bibliographie plutôt qu'une méta ethnographie. Effectivement, une méta-ethnographie aurait nécessité une compétence spécifique en sciences humaines que les investigatrices ne pouvaient fournir ou obtenir dans un délai satisfaisant. Ce travail est également limité à l'exclusion des travaux qualitatifs qui sont souvent plus difficile d'accès et publiés sur des ressources différentes du modèle biomédical.

Il est important également de noter qu'il existe une énorme variation des soins premiers entre les différents pays. Les investigatrices ont tenté de limiter cette variation en excluant les articles traitant des soins premiers des pays hors OCDE. Les investigatrices ont supposé que ces pays n'eussent pas une problématique des soins primaires similaire.

De ce fait, cela peut paraître inapproprié d'émettre des jugements globaux pour la pratique générale à partir de ces données.

Pour l'échelle de qualité établie par les deux investigatrices, il serait nécessaire de faire utiliser cette grille par d'autres investigateurs indépendants, pour valider la reproductivité inter observateur.

4. Validité externe

Les données recueillies donnent une vue d'ensemble de la conceptualisation des soins premiers. Elles mettent en évidence les différentes approches qui s'inspirent essentiellement d'un modèle standard (DONABEDIAN) et d'une idée centrale des soins premiers (le caractère centré patient de la pratique). Ces deux éléments sont concordants avec l'exercice courant de la médecine en France.

Le modèle décrit par CHIN en 2003 confirme ce mode d'évaluation. Ce travail propose une classification des manières d'analyser les soins premiers. Leur schéma d'analyse de la qualité des soins montre bien qu'il y a 2 grandes dynamiques d'analyse des soins : l'une tirée de DONABEDIAN et l'autre centrée sur le patient. Ainsi leurs conclusions sont concordantes avec les résultats de cette étude.

5. Perspectives d'avenir

Plusieurs des limites de ce travail peuvent servir de point de départ à une réflexion plus aboutie sur le sujet.

D'une part il serait intéressant de compléter cette revue systématique par une méta-ethnographie de la littérature qualitative sur le sujet.

D'autre part une analyse de la littérature grise élargirait les champs des données.

Enfin la limitation du terme « modèle » (framework) nécessiterait d'être explorée. En effet l'imprécision pourrait s'éclaircir par un travail sur l'axiologie des modèles d'évaluation de la qualité des soins. Dans cette perspective, les approches des « processus d'amélioration de la qualité des soins primaires » pourraient être réintégrées dans une analyse centrée sur la qualité du soin et les valeurs admises dans son jugement. Les investigatrices n'avaient pas calibré leur travail pour cela mais la difficulté du classement de processus de type PDSA est symptomatique d'une tension de définition sous-jacente au terme « modèle ».

Suite à cette étude, il peut être envisagé une application pratique de l'un des modèles dans un travail d'évaluation de la qualité des soins primaires en France ou sur des territoires plus précis.

CONCLUSION

Thèse soutenue par LHEUREUX Noémie et PEGAT TOQUET Marie.

Titre : REVUE SYSTEMATIQUE DE BIBLIOGRAPHIE SUR LES DIFFERENTS MODELES D'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS PREMIERS

Les investigatrices ont cherché à réaliser une revue systématique de la littérature.

L'objectif principal était d'identifier les différents modèles d'analyse de la qualité des soins premiers. L'objectif secondaire de cette revue systématique était de répertorier les différents critères de qualité des soins premiers.

La méthodologie employée correspond aux recommandations du Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions et du PRISMA Statement.

Le protocole d'étude a été enregistré dans la base de PROSPERO (n° 54558).

Les investigatrices ont identifié 10 modèles qu'elles ont classés en 4 catégories (DONABEDIAN et ses dérivés, CCM et ses dérivés, HOLZEMER et ses dérivés et enfin, les modèles isolés).

Le modèle le plus souvent utilisé dans l'évaluation de la qualité des soins premiers reste celui de DONABEDIAN avec 26 articles sur 53 inclus. La plupart des autres modèles identifiés découlent plus ou moins directement de ce modèle initial.

Ces différents modèles étaient, pour la plupart des modèles d'analyses de la qualité des soins généraux, non spécifiques aux soins premiers. Mais certains modèles ont été développés pour l'évaluation de la qualité des soins premiers.

Le modèle appelé « Primary Care monitor », développé par KRINGOS et al. en 2010, semblait l'adaptation du modèle de DONABEDIAN la plus facile d'utilisation pour la recherche en soins premiers.

Cette revue systématique de la littérature inédite nécessite d'être complétée par d'autres études pour compléter le panorama de l'évaluation de la qualité en soins primaires : une méta-ethnographie et une revue systématique de la littérature grises. Enfin une étude axiologique des sources des modèles utilisés permettrait d'identifier les modèles spécifiques en fonction des territoires ou des sociétés étudiés.

Ceci fait l'utilisation pratique des modèles identifiés après modification devrait être entreprise.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 20/07/17

**LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE**

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**

Pr. Patrick IMBERT

RESUME

CONTEXTE : Les soins premiers correspondent au premier contact de la population générale avec le système de santé, sujet d'actualité en France. Ils représentent une part essentielle des soins. Cependant aucun travail de synthèse sur l'analyse de la qualité des soins premiers n'a été réalisé à ce jour. L'objectif principal était d'identifier les modèles d'analyse de la qualité des soins premiers. L'objectif secondaire était de répertorier les critères de qualité utilisés dans l'évaluation des soins premiers.

METHODE : revue systématique de la littérature, englobant la littérature anglophone et francophone, publiée entre 1998 et le 1^{er} janvier 2017.

Les articles inclus devaient concerner les soins premiers. Etaient exclus : interview, carnets d'éducation de patients, lettre d'information de patients, vidéos, avis personnel, essais thérapeutiques. Et les documents concernant : une maladie spécifique, un pays à faible revenu selon l'OCDE, un lieu unique spécifique. Les bases de données suivantes ont été consultées : BDSP, CAIRN, CINHAL, COCHRANE, LISSA, MEDLINE, Persée, psychinfo, Rugbis, science direct, SUDOC. L'extraction des données s'est faite sur formulaire pré établi en double lecture, avec règlement des désaccords par consensus. La qualité des articles a été évaluée sur une échelle indépendante adaptée. Aucune démarche éthique n'était nécessaire. Le protocole a été enregistré sur PROSPERO (n° 54558).

RESULTATS : La recherche s'est déroulée entre janvier 2016 et janvier 2017. Les 5917 articles, comportaient 5 doublons. Au total 53 articles étaient inclus pour l'analyse qualitative. Dix modèles d'évaluation de la qualité des soins premiers étaient répertoriés, classés en 4 catégories. La plupart des articles utilisaient un modèle d'analyse issu ou dérivé du DONABEDIAN. Le « Primary Care monitor » de KRINGOS, semblait le plus adaptés aux soins premiers français.

CONCLUSION : Cette revue systématique de la littérature inédite répond à une méthodologie stricte. Elle pourrait être complétée d'une méta-ethnographie de cette littérature.

Mots clés : soins de santé primaire, qualité des soins, organisation des soins.

CONTEXT: First-line medicine serves as the patient first point of entry into the health care system, hot topic in France. Primary care represents an essential part of patient care. However, no synthesis work on the analysis of the quality of primary care has been carried out to date.

METHOD: Systematic review of the literature, French and English, published between 1998 and January 1st 2017. The main objective was to identify the different models of quality of care analysis for primary care. The secondary objective was to identify the quality criteria used in the evaluation of primary care medicine. Included articles had to concern primary care. Excluded were: interviews, patient education booklet, patient newsletters, videos, personal opinions, and therapeutic trials. And documents concerning: a specific disease, a low-income country according to the OECD, a unique specific place. The following databases were consulted: BDSP, CAIRN, CINHAL, COCHRANE, LISSA, MEDLINE, Persée, psychinfo, Rugbis, direct science, SUDOC. The data were extracted on a pre-established form, after double reading, with settlement of the disagreements by consensus. The quality of the articles was evaluated on an independent scale. No ethical approach was necessary. The protocol was recorded on PROSPERO (No. 54558).

RESULTS: The search was carried out between January 2016 and January 2017. 5917 items, including 5 duplicates were identified. 179 articles were studied in full reading. 53 articles were included in the qualitative analysis. 10 models for assessing the quality of primary care were listed, classified into 4 categories. Most of the articles (26) used an analysis model from or derived from DONABEDIAN. KRINGOS "Primary Care Monitor" seemed the most suited.

CONCLUSION: This systematic review of an unknown literature corresponds to a strict methodology. It should be supplemented by a meta-ethnography.

Key Word : primary health care, health care evaluation mechanisms, framework, quality of health care, assessment and outcomes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. UNICEF, Organization WH, others. Les soins de santé primaires: rapport de la Conférence internationale sur le soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS, 6-12 septembre 1978) : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie Nationale de Santé. 2013.
3. Rapports IRDES : Sommaire (accès, recours aux soins, alcool et tabac, comparaisons internationales...). 2016 Jan 21 : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports.html>
4. 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 juillet, 2009.
5. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Med Care*. 1982 Oct;20(10):975–92.
6. Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):115.
7. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. 2016 Sep 21 : <http://handbook.cochrane.org/>
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009 Aug 18;151(4):264–9, W64.
9. Rotar AM, Berg MJ van den, Kringos DS, Klazinga NS. Reporting and use of the OECD Health Care Quality Indicators at national and regional level in 15 countries. *Int J Qual Health Care*. 2016 Mar 16.
10. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010;11:81.
11. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. 2016 Sep 21 : <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1986/A1986AXF2600001.pdf>
12. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23;260(12):1743.
13. Evaluation de la qualité des revues systématiques. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux Québec. 2016 Sep 21 : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R_Amstar_FR_21012015.pdf

14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996 Feb;17(1):1–12.
15. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Jan 11;20(6):64–78.
16. Holzemer WL. The impact of nursing care in Latin America and the Carihbean: a focus on outcomes1. *J Adv Nurs*. 1994 juillet;20(1):5–12.
17. Mitchell PH, Lang NM. Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Med Care*. 2004 Feb;42(2 Suppl):II4-11.
18. Epping-Jordan JE. Integrated approaches to prevention and control of chronic conditions. *Kidney Int Suppl*. 2005 Sep;(98):S86-88.
19. Watson DE, Broemeling A-M, Wong ST. A results-based logic model for primary healthcare: a conceptual foundation for population-based information systems. *Healthc Policy Polit Sante*. 2009 Nov;5 Spec no:33–46.
20. Aday LA. Establishment of a conceptual base for health services research. *J Health Serv Res Policy*. 2001 Jul;6(3):183–5.
21. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2008 Oct;20(5):308–13.
22. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project. 2006 : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301
23. Evans SM, Lowinger JS, Sprivulis PC, Copnell B, Cameron PA. Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure. *Intern Med J*. 2009 Oct;39(10):648–54.
24. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000 décembre;51(11):1611–25.
25. Lee T, Mills ME. Analysis of patient profile in predicting home care resource utilization and outcomes. *J Nurs Adm*. 2000 Feb;30(2):67–75.
26. Duffy JR, Hoskins LM. The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *ANS Adv Nurs Sci*. 2003 Mar;26(1):77–88.
27. van Driel ML, De Sutter AI, Christiaens TCM, De Maeseneer JM. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. *J Eval Clin Pract*. 2005 Oct;11(5):417–29.
28. Sibthorpe B, Gardner karen. Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care: A Tool for Policy and Practice.

ResearchGate.2017 Jun 7:

https://www.researchgate.net/publication/224903958_Conceptual_Framework_for_Performance_Assessment_in_Primary_Health_Care_A_Tool_for_Policy_and_Practice

29. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev MCCR*. 2013 Aug;70(4):351–79.
30. Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, et al. Guided care for multimorbid older adults. *The Gerontologist*. 2007 Oct;47(5):697–704.
31. Santana M-J, Feeny D. Framework to assess the effects of using patient-reported outcome measures in chronic care management. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2014 Jun;23(5):1505–13.
32. Wong ST, Stewart AL, Gilliss CL. Evaluating advanced practice nursing care through use of a heuristic framework. *J Nurs Care Qual*. 2000 Jan;14(2):21–32.
33. Cohen J, Saylor C, Holzemer WL, Gorenberg B. Linking nursing care interventions with client outcomes: a community-based application of an outcomes model. *J Nurs Care Qual*. 2000 Oct;15(1):22–31.
34. Alexander JA, Bae D. Does the patient-centred medical home work? A critical synthesis of research on patient-centred medical homes and patient-related outcomes. *Health Serv Manage Res*. 2012 May;25(2):51–9.
35. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Aff Proj Hope*. 2002 Jun;21(3):80–90.
36. Chin MH, Muramatsu N. What is the quality of quality of medical care measures? Rashomon-like relativism and real-world applications. *Perspect Biol Med*. 2003;46(1):5-20; discussion 21-23.
37. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*. 2005 Oct;20(10):953–7.
38. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2006 Sep;18 Suppl 1:5–13.
39. Mirzaei M, Aspin C, Essue B, Jeon Y-H, Dugdale P, Usherwood T, et al. A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Serv Res*. 2013 Jul 3;13:251.
40. Rosen AK, Reid R, Broemeling A-M, Rakovski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures? *Ann Fam Med*. 2003 Jun;1(1):44–51.
41. Ambresin A-E, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, Sawyer SM. Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives. *J Adolesc Health*. 2013 juin;52(6):670–81.

42. Phillips C, Pearce C, Hall S, Travaglia J, De Lusignan S, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust.* 2010;193(10):602–7.
43. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WG, Eijk I van der. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ.* 2004;82(2):106–114.
44. Tollen L, Enthoven A, Crosson FJ, Taylor N, Audet A-M, Schoen C, et al. Delivery system reform tracking: a framework for understanding change. *Issue Brief Commonw Fund.* 2011 Jun;10:1–18.
45. Ng CWL, Ng KP. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2013 Sep;63(614):e604-610.
46. Jesmin S, Thind A, Sarma S. Does team-based primary health care improve patients' perception of outcomes? Evidence from the 2007-08 Canadian Survey of Experiences with Primary Health. *Health Policy Amst Neth.* 2012 Apr;105(1):71–83.
47. Spoorenberg SLW, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BPH, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr.* 2013 Jun 19;13:62.
48. Lo SV, Fung H. Ensuring the quality of health care. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi.* 2001 Jun;7(2):174–9.
49. Lukewich J, Corbin R, VanDenKerkhof EG, Edge DS, Williamson T, Tranmer JE. Identification, summary and comparison of tools used to measure organizational attributes associated with chronic disease management within primary care settings. *J Eval Clin Pract.* 2014 Dec;20(6):1072–85.
50. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA.* 2002 Oct 16;288(15):1909.
51. Sunner J. Learning lessons from the National Health Service. *Healthc Manage Forum.* 2010;23(1):17–20.
52. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* 1998 Sep;47(3):213–20.
53. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff Proj Hope.* 2015 Sep;34(9):1531–7.
54. Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Greß S, Heinemann S, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments

- developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care*. 2013;21(2):67–79.
55. O'Malley AS, Rich EC. Measuring Comprehensiveness of Primary Care: Challenges and Opportunities. *J Gen Intern Med*. 2015 Aug;30 Suppl 3:S568-575.
 56. Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2001 Dec;13(6):439–46.
 57. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–44.
 58. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract*. 2000 Feb;17(1):21–9.
 59. Bodenheimer T. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*. 2002 Nov 20;288(19):2469.
 60. Mitchell PH, Ferketich S, Jennings BM. Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. *Image-- J Nurs Scholarsh*. 1998;30(1):43–6.
 61. Swan BA, Boruch RF. Quality of evidence: usefulness in measuring the quality of health care. *Med Care*. 2004 Feb;42(2 Suppl):II12-20.
 62. Hung DY, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *Milbank Q*. 2007 Mar 1;85(1):69–91.
 63. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65.
 64. Bitton A, Ellner A, Pabo E, Stout S, Sugarman JR, Sevin C, et al. The Harvard Medical School Academic Innovations Collaborative: Transforming primary care practice and education. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1239–44.
 65. van Leijen-Zeelenberg JE, Elissen AMJ, Grube K, van Raak AJA, Vrijhoef HJM, Kremer B, et al. The impact of redesigning care processes on quality of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016 Jan 19;16:19.
 66. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*. 1998 May;36(5):728–39.
 67. Sunner J. Learning lessons from the National Health Service. *Healthc Manage Forum*. 2010;23(1):17–20.

68. Aday LA. Establishment of a conceptual base for health services research. *J Health Serv Res Policy.* juill 2001;6(3):1835.
69. Ashworth M, Kordowicz M. Quality and Outcomes Framework: smoke and mirrors? *Qual Prim Care.* 2010;18(2):12731.
70. Ashworth M, Schofield P, Doran T, Cookson R, Sutton M, Seed PT, et al. The Public Health Impact score: a new measure of public health effectiveness for general practices in England. *Br J Gen Pract.* avr 2013;63(609): 291-299.
71. Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R. The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract.* juin 2007;57(539):4418.
72. Ashworth M. The quality and outcomes framework in the United Kingdom: indicators in transition. *J Ambul Care Manage.* sept 2012;35(3):2005.
73. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research.* févr 1992;26(6):767.
74. Banerjee AK, Okun S, Edwards IR, Wicks P, Smith MY, Mayall SJ, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Safety Event Reporting: PROSPER Consortium guidance. *Drug Saf.* Déc 2013;36(12):112949.
75. Basch E, Spertus J, Dudley RA, Wu A, Chuahan C, Cohen P, et al. Methods for Developing Patient-Reported Outcome-Based Performance Measures (PRO-PMs). *Value Health.* Juin 2015;18(4):493504.
76. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns.* oct 2011;85(1):4652.
77. Blakeman T, Chew-Graham C, Reeves D, Rogers A, Bower P. The Quality and Outcomes Framework and self-management dialogue in primary care consultations: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* oct 2011;61(591):e666-673.

78. Blayney DW. Measuring and improving quality of care in an academic medical center. *J Oncol Pract.* mai 2013;9(3):13841.
79. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature. Question d'économie de la santé.* Sept 2012;(179):8p.
80. Boville D, Saran M, Salem JK, Clough L, Jones RR, Radwany SM, et al. An innovative role for nurse practitioners in managing chronic disease. *Nurs Econ.* déc 2007;25(6):35964.
81. Bresnahan BW, Rundell SD. Including patient-reported outcomes and patient-reported resource-use questionnaires in studies. *Acad Radiol.* sept 2014;21(9):112937.
82. Bryan S, Davis J, Broesch J, Doyle-Waters MM, Lewis S, McGrail K, et al. Choosing your partner for the PROM: a review of evidence on patient-reported outcome measures for use in primary and community care. *Healthc Policy.* nov 2014;10(2):3851.
83. Buetow S, Getz L, Adams P. Individualized population care: linking personal care to population care in general practice. *J Eval Clin Pract.* oct 2008;14(5):7616.
84. Camann MA. Outcomes of care: the use of conceptual models to « see the forest and the trees » in planning outcomes studies. *Top Health Inf Manage.* nov 2001;22(2):104.
85. Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon K, Burke M, Barber A, Lester HE. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework. *BMC Fam Pract.* 10 août 2011;12:85.
86. Carlisle D. Quality and outcomes framework. Points mean prizes for GPs, but what's in it for patients? *Health Serv J.* 26 mai 2005;115(5957):167.
87. Chang C-H, Stukel TA, Flood AB, Goodman DC. Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes. *JAMA.* 25 mai 2011;305(20):2096104.

88. Checkland K, Harrison S. The impact of the Quality and Outcomes Framework on practice organisation and service delivery: summary of evidence from two qualitative studies. *Qual Prim Care*. 2010;18(2):13946.
89. Chew-Graham CA, Hunter C, Langer S, Stenhoff A, Drinkwater J, Guthrie EA, et al. How QOF is shaping primary care review consultations: a longitudinal qualitative study. *BMC Fam Pract*. 21 juill 2013;14:103.
90. Choné P, Grignon M, Mahieu R. Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français ? *Revue française d'économie*. 2001;16(1):169214.
91. Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, et al. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vasc Health Risk Manag*. 6 mai 2010;6:297305.
92. Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health*. Mars 2005;119(3):1926.
93. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. Evaluation in the health sector: concepts and methods. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2000;48(6):51739.
94. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved outcomes associated with medical home implementation in pediatric primary care. *Pediatrics*. juill 2009;124(1):35864.
95. Daaleman TP, Shea CM, Halladay J, Reed D. A method to determine the impact of patient centered care interventions in primary care. *Patient Educ Couns*. déc 2014;97(3):32731.
96. Dauphinee WD. Educators must consider patient outcomes when assessing the impact of clinical training. *Med Educ*. janv 2012;46(1):1320.
97. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework

- of functions and outcomes. *Patient Educ Couns.* mars 2009;74(3):28794.
98. Descatoire P. Évaluation de la satisfaction des patients en matière de soins de santé primaires au travers d'un outil adapté et valide dans de nombreux pays. 2009: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/411209/>
99. Dias PR. Modelling opportunity in health under partial observability of circumstances. *Health Econ.* mars 2010;19(3):25264.
100. Dixon A, Khachatryan A. A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework. *Qual Prim Care.* 2010;18(2):1338.
101. Doran T, Campbell S, Fullwood C, Kontopantelis E, Roland M. Performance of small general practices under the UK's Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract.* Sept 2010;60(578):335-344.
102. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet.* 30 août 2008;372(9640):72836.
103. Dubbs NL, Bazzoli GJ, Shortell SM, Kralovec PD. Reexamining organizational configurations: an update, validation, and expansion of the taxonomy of health networks and systems. *Health Serv Res.* févr 2004;39(1):20720.
104. Fernandopulle R. Learning to fly: building de novo medical home practices to improve experience, outcomes, and affordability. *J Ambul Care Manage.* juin 2013;36(2):1215.
105. Fleetcroft R, Steel N, Cookson R, Walker S, Howe A. Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.* 16 avr 2012;12:94.
106. Forint M, Chouinard MC, Bouhali T. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health services research.* 2013;13(132):113.

107. García-Altés A, Borrell C, Coté L, Plaza A, Benet J, Guarga A. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Community Health*. sept 2007;61(9):7916.
108. Gill PJ, O'Neill B, Rose P, Mant D, Harnden A. Primary care quality indicators for children: measuring quality in UK general practice. *Br J Gen Pract*. déc 2014;64(629):752-757.
109. Gillam S, Siriwardena A, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review (Provisional abstract). *Annals of Family Medicine*. 2012;10(5):4618.
110. Gliklich RE, Leavy MB, Karl J, Champion DM, Levy D, Berliner E. A framework for creating standardized outcome measures for patient registries. *J Comp Eff Res*. Sept 2014;3(5):47380.
111. Gramoulle A, Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. Quel avenir pour les réseaux de santé ou comment organiser les soins primaires en France dans les années qui viennent ? 2006.
112. Grignon M. Les cadres d'analyses de la performance des systèmes de santé : forces et limites. *Santé, Société et Solidarité*. 2008;7(2):1639.
113. Grimmer K, Lizarondo L, Kumar S, Bell E, Buist M, Weinstein P. An evidence-based framework to measure quality of allied health care. *Health Res Policy Syst*. 26 févr 2014;12:10.
114. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician. *Fam Pract*. juin 2000;17(3):2229.
115. Guthrie B, Dreischulte T. Quality in primary care. *BMJ*. 11 nov 2014;349:g6485.
116. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Ann Fam Med*. Juin 2013;11(3):26271.

117. Haines M, Brown B, Craig J, D'Este C, Elliott E, Klineberg E, et al. Determinants of successful clinical networks: the conceptual framework and study protocol. *Implement Sci.* 13 mars 2012;7:16.
118. Hanmer J, Feeny D, Fischhoff B, Hays RD, Hess R, Pilkonis PA, et al. The PROMIS of QALYs. *Health Qual Life Outcomes.* 11 août 2015;13:122.
119. Hayes H, Parchman ML, Howard R. A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN). *J Am Board Fam Med.* Oct 2011;24(5):57682.
120. Haywood K, Brett J, Salek S, Marlett N, Penman C, Shklarov S, et al. Patient and public engagement in health-related quality of life and patient-reported outcomes research: what is important and why should we care? Findings from the first ISOQOL patient engagement symposium. *Qual Life Res.* mai 2015;24(5):106976.
121. Hoddinott P, Allan K, Avenell A, Britten J. Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery. *BMC Public Health.* 31 déc 2010;10:800.
122. Hoque DME, Kumari V, Ruseckaite R, Romero L, Evans SM. Impact of clinical registries on quality of patient care and health outcomes: protocol for a systematic review. *BMJ Open.* 26 avr 2016;6(4):e010654.
123. Jr JFB, Street A. *Measuring Organizational Performance.* the oxford handbook. 7 avr 2011:

<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199238828.001.0001/oxfordhb-9780199238828-e-29>
124. Kawamoto K, Martin CJ, Williams K, Tu M-C, Park CG, Hunter C, et al. Value Driven Outcomes (VDO): a pragmatic, modular, and extensible software framework for understanding and improving health care costs and outcomes. *J Am Med Inform Assoc.* janv 2015;22(1):22335.

125. Kerssens J-J, Groenewegen P-P, Sixma H-J, Boerma W-G, Van Der Eijk I. Nivel. Netherlands Institute for Health Services Research. BN Utrecht. NLD. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004;82(2):10614.
126. Khanna N, Shaya F, Chirikov V, Steffen B, Sharp D. Dissemination and adoption of the advanced primary care model in the Maryland multi-payer patient centered medical home program. J Health Care Poor Underserved. févr 2014;25(1 Suppl):12238.
127. Kind P, Hardman G, Leese B. Measuring health status: information for primary care decision making. Health Policy. mars 2005;71(3):30313.
128. Knight AW. Learning from four years of collaborative access work in Australia. Qual Prim Care. 2009;17(1):714.
129. Krzyzanowska MK, Kaplan R, Sullivan R. How may clinical research improve healthcare outcomes? Ann Oncol. nov 2011;22 Suppl 7:vii10-vii15.
130. Laferriere D, Liddy C, Nash K, Hogg W. Navigating change: how outreach facilitators can help clinicians improve patient outcomes. J Am Board Fam Med. avr 2012;25(2):2327.
131. Lancry P-J. Managed Care et Pharmacy Benefit Managers : une source d'inspiration pour la France ? Revue Française d'Etudes Américaines. 1998;77(1):3845.
132. Lanes S, Brown JS, Haynes K, Pollack MF, Walker AM. Identifying health outcomes in healthcare databases. Pharmacoepidemiol Drug Saf. oct 2015;24(10):100916.
133. Lein C, Wills CE. Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. Mai 2007;19(5):21520.
134. Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the

concept of « QOFability ». *Qual Prim Care*. 2010;18(2):1039.

135. Litaker D, Ruhe M, Flocke S. Making sense of primary care practices' capacity for change. *Transl Res*. nov 2008;152(5):24553.
136. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». *Santé, Société et Solidarité*. 2004;3(2):6171.
137. Lordan G. Are there treatment variations in triage outcomes across out-of-hours co-ops? *Qual Prim Care*. 2009;17(5):33541.
138. Lorenz LS, Chilingerian JA. Using visual and narrative methods to achieve fair process in clinical care. *J Vis Exp*. 16 févr 2011;(48).
139. Maeng DD, Graf TR, Davis DE, Tomcavage J, Bloom FJ. Can a patient-centered medical home lead to better patient outcomes? The quality implications of Geisinger's ProvenHealth Navigator. *Am J Med Qual*. juin 2012;27(3):2106.
140. Mannion R, Goddard M. Performance measurement and improvement in health care. *Appl Health Econ Health Policy*. 2002;1(1):1323.
141. Marcus Thygeson N, Solberg LI, Asche SE, Fontaine P, Gregory Pawlson L, Scholle SH. Using fuzzy set qualitative comparative analysis (fs/QCA) to explore the relationship between medical « homeness » and quality. *Health Serv Res*. févr 2012;47(1 Pt 1):2245.
142. Martin KS, Norris J. The Omaha System: a model for describing practice. *Holist Nurs Pract*. oct 1996;11(1):7583.
143. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 12 mai 1984;288(6428):14702.
144. McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C. Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research*. 2012;12:157.

145. McClimans L. A theoretical framework for patient-reported outcome measures. *Theor Med Bioeth.* juin 2010;31(3):22540.
146. McLean G, Guthrie B, Sutton M. Differences in the quality of primary medical care for CVD and diabetes across the NHS: evidence from the quality and outcomes framework. *BMC Health Serv Res.* 29 mai 2007;7:74.
147. Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA, de Beurs E, van der Feltz-Cornelis CM, Beekman ATF. Shared Decision Making in mental health care using Routine Outcome Monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 15 déc 2015;15:313.
148. Mold JW, Lawler F, Schauf KJ, Aspy CB. Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes? An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *J Am Board Fam Med.* oct 2011;24(5):51123.
149. Morgan CL, Beerstecher HJ. Primary care funding, contract status, and outcomes: an observational study. *Br J Gen Pract.* nov 2006;56(532):8259.
150. Murphy M, Hollinghurst S, Turner K, Salisbury C. Patient and practitioners' views on the most important outcomes arising from primary care consultations: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 22 août 2015;16:108.
151. 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):6478.
152. Palmer RH, Miller MR. Methodologic challenges in developing and implementing measures of quality for child health care. *Ambul Pediatr.* févr 2001;1(1):3952.
153. Paviot BT, Madden R, Moskal L, Zaiss A, Bousquet C, Kumar A, et al. Development of a new international classification of health interventions based on an ontology framework. *Stud Health Technol Inform.* 2011;169:74953.
154. Perkins D, Owen A, Cromwell D, Adamson L, Eagar K, Quinsey K, et al. The Illawarra

- Coordinated Care Trial: better outcomes with existing resources? Aust Health Rev.
2001;24(2):16171.
155. Pineault R, Borgès Da Silva R, Provost S, Couture A, Prud'homme A. Influence des nouveaux modèles d'organisations de soins de santé primaires (OSSP) sur l'expérience de soins des individus atteints de maladies chroniques ? Québec, Canada. Rev Epidemiol Sante Publique.
2013;61:S21920.
 156. Prentice JC, Graeme Fincke B, Miller DR, Pizer SD. Primary care and health outcomes among older patients with diabetes. Health Serv Res. févr 2012;47(1 Pt 1):4667.
 157. Proctor S, Campbell J. A developmental performance framework for primary care. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 1999;12(67):27986.
 158. Reeve BB, Wyrwich KW, Wu AW, Velikova G, Terwee CB, Snyder CF, et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient centered outcomes and comparative effectiveness research. Qual Life Res. Oct 2013;22(8):1889905.
 159. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan. sept 2014;29 Suppl 2:ii98-106.
 160. Roberts MJ, Campbell JL, Abel GA, Davey AF, Elmore NL, Maramba I, et al. Understanding high and low patient experience scores in primary care: analysis of patients' survey data for general practices and individual doctors. BMJ. 11 nov 2014;349:g6034.
 161. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Pract. Déc 2008;20(12):6007.
 162. Roblin DW, Vogt TM, Fireman B. Primary health care teams. Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations. J Ambul Care Manage. mars 2003;26(1):22-35; discussion 36-38.

163. Rubenstein LV, Fink A, Yano EM, Simon B, Chernof B, Robbins AS. Increasing the impact of quality improvement on health: an expert panel method for setting institutional priorities. *Jt Comm J Qual Improv.* août 1995;21(8):42032.
164. Ryan AM, Doran T. The effect of improving processes of care on patient outcomes: evidence from the United Kingdom's quality and outcomes framework. *Med Care.* Mars 2012;50(3):1919.
165. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care.* Mai 1998;36(5):72839.
166. Sahota N, Hood A, Shankar A, Watt B, Ramaiah S. Developing performance indicators for primary care: Walsall's experience. *Br J Gen Pract.* déc 2008;58(557):85661.
167. Saltman DC, Myers L, Kendrick J, Fischer GC. Standardising health outcome measurements in general practice. *Aust Fam Physician.* juill 1998;27 Suppl 2:S89-93.
168. Santana MJ, Haverman L, Absolom K, Takeuchi E, Feeny D, Grootenhuis M, et al. Training clinicians in how to use patient-reported outcome measures in routine clinical practice. *Qual Life Res.* juill 2015;24(7):170718.
169. Sheridan N, Kenealy T, Parsons M, Rea H. Health reality show: regular celebrities, high stakes, new game: a model for managing complex primary health care. *N Z Med J.* 21 août 2009;122(1301):3142.
170. Sigfrid LA, Turner C, Crook D, Ray S. Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *J Public Health (Oxf).* sept 2006;28(3):2215.
171. Skeat J, Perry A. Exploring the implementation and use of outcome measurement in practice: a qualitative study. *Int J Lang Commun Disord.* avr 2008;43(2):11025.
172. Snyder CF, Jensen RE, Segal JB, Wu AW. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Med Care.* août

2013;51(8 Suppl
3):S73-79.

173. Snyder CF, Watson ME, Jackson JD, Cella D, Halyard MY, Mayo/FDA Patient-Reported Outcomes Consensus Meeting Group. Patient-reported outcome instrument selection: designing a measurement strategy. *Value Health*. déc 2007;10 Suppl 2:S76-85.
174. Sousa KH. Description of a health-related quality of life conceptual model. *Outcomes Manag Nurs Pract*. juin 1999;3(2):7882.
175. Speroff T, Miles P, Mathews B. Improving health care, Part 5: Applying the Dartmouth clinical improvement model to community health. *Jt Comm J Qual Improv*. déc 1998;24(12):679703.
176. Spratt KF. Use of the assessment-diagnosis-treatment-outcomes model to improve patient care. *Mil Med*. oct 2013;178(10 Suppl):12131.
177. Starfield B. A framework for primary care research. *J Fam Pract*. févr 1996;42(2):1815.
178. Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Qual Prim Care*. 2010;18(2):11725.
179. Stichler JF, Weiss ME. Through the eye of the beholder: multiple perspectives on quality in women's health care. *Qual Manag Health Care*. 2000;8(4):113.
180. Stryer D, Tunis S, Hubbard H, Clancy C. The outcomes of outcomes and effectiveness research: impacts and lessons from the first decade. *Health Serv Res*. déc 2000;35(5 Pt 1):97793.
181. Teil A. Les modalités de définition des objectifs et priorités de santé publique : analyses des dispositifs espagnols, finlandais, anglais et suédois. *Politiques et management public*. 2004;22(3):11735.
182. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Cruickshank C. Evaluation of a changed model of care delivery in a Canadian province using outcome mapping. *Int J Health*

Plann Manage. Déc
2013;28(4):34666.

183. Town R, Wholey DR, Kralewski J, Dowd B. Assessing the Influence of Incentives on Physicians and Medical Groups. *Medical Care Research and Review*. 1 sept 2004;61(3_suppl):80S118S.
184. Tsoi B, O'Reilly D, Jegathisawaran J, Tarride J-E, Blackhouse G, Goeree R. Systematic narrative review of decision frameworks to select the appropriate modelling approaches for health economic evaluations. *BMC Res Notes*. 17 juin 2015;8:244.
185. Tucker CA, Cieza A, Riley AW, Stucki G, Lai JS, Bedirhan Ustun T, et al. Concept analysis of the patient reported outcomes measurement information system (PROMIS®) and the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Qual Life Res*. Août 2014;23(6):167786.
186. Turner RR, Quittner AL, Parasuraman BM, Kallich JD, Cleeland CS, Mayo/FDA Patient Reported Outcomes Consensus Meeting Group. Patient-reported outcomes: instrument development and selection issues. *Value Health*. déc 2007;10 Suppl 2:S86-93.
187. Valderas JM, Fitzpatrick R, Roland M. Using health status to measure NHS performance: another step into the dark for the health reform in England. *BMJ Qual Saf*. Avr 2012;21(4):3523.
188. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res*. nov 2008;17(9):112535.
189. Vallée J-P. Paiement à la performance au Royaume-Uni *Annals of Family Medicine*, 2012 : impact sur la qualité et les résultats sanitaires. *Médecine*. 1 janv 2013;9(1):335.
190. van den Heuvel HGJ, Simpson RG. Which quality and outcomes framework (QOF) clinical indicators are applicable for British Forces Germany Health Service (BFG HS) primary care? *J R*

Army Med Corps. déc 2008;154(4):2246.

191. Walker S, Mason AR, Claxton K, Cookson R, Fenwick E, Fleetcroft R, et al. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. *Br J Gen Pract.* Mai 2010;60(574):e213-220.
192. Westby MD, Klemm A, Li LC, Jones CA. Emerging Role of Quality Indicators in Physical Therapist Practice and Health Service Delivery. *Phys Ther.* janv 2016;96(1):90100.
193. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 4 janv 1995;273(1):5965.
194. Windak A, Tomasik T, Kryj-Radziszewska E. The Polish Experience of Quality Improvement in Primary Care. *THE JOINT COMMISSION JOURNAL ON QUALITY IMPROVEMENT.* mai 1998;24(5):2329.
195. Wye L, Shaw A, Sharp D. Evaluating complementary and alternative therapy services in primary and community care settings: A review of 25 service evaluations. *Complementary Therapies in Medicine.* sept 2006;14(3):22030.

Annexe 1 : équation de recherche anglaise

((((((((((primary health care[MeSH Major Topic] AND (organization and administration[MeSH Terms])) AND health care evaluation mechanisms[MeSH Terms] OR framework) AND quality of health care[MeSH Terms] AND (health care quality, access, and evaluation[MeSH Terms])) AND assessment, outcomes[MeSH Terms] NOT hospital[MeSH Terms] AND ("1998/01/01"[PDat] : "2016/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh]) AND (("1998/01/01"[PDat] : "2016/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh]))

Annexe 2 : équation de recherche française

[Soins sante primaire] ET [qualité soins] ET [évaluation] OU [programme santé] OU
[organisation soins] ET [1988-2016].

Annexe 3 : Echelle d'évaluation de la qualité des études incluses dans la revue systématique

	Oui	Non
1. Description du protocole de l'étude	1	0
2. Respect du protocole de l'étude	1	0
3. La question de recherche est-elle clairement formulée ?	1	0
4. Méthode d'analyse utilisée explicitée clairement	1	0
5. Les critères de jugement objectifs et non biaisés de mesure ont-ils été utilisés ?	1	0
6. Présence de l'aveugle simple ou double si applicable	1	0
7. Conflits d'intérêt précisés	1	0
8. Discussion des biais de l'étude	1	0

De 0 à 1 : validité faible

De 2 à 3 : validité médiocre

De 4 à 5 : validité correcte

De 6 à 8 : validité forte

Caractéristiques des études incluses

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
1	A 2020 vision of patient-centered primary care (37)	Journal of General Internal Medicine	Davis, K.	Oct 2005	Avis d'expert	Faible	Pas de modèle	NON
2	A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project (38)	Int J Qual Health Care	Arah, OA.	Sep 2006	Avis d'expert	Correct	DONABEDIAN	NON
3	Analysis of patient profile in predicting home care resource utilization and outcomes (24)	The Journal of Nursing Administration	Mills, ME.	Feb 2000	Etude descriptive rétrospective	Fort	Issu DONABEDIAN	OUI
4	A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness (39)	BMC health services research	Mirzaei, M.	Jul 03, 2013	Etude semi qualitative	Correct	Issu du CCM (Wagner)	NON

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
5	Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures? (40)	Annals of Family Medicine	Rosen, AK.	2003 May-Jun	Revue narrative de bibliographie	Faible	Issue de DONABEDIAN	NON
6	A results-based logic model for primary healthcare: a conceptual foundation for population-based information systems (19)	Healthcare Policy = Politiques De Sante	Watson, DE.	Nov 2009	Revue narrative de bibliographie	Médiocre	Results-based logic model	NON
7	Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives (41)	Journal of Adolescent Health	Ambresin, A-E.	Juin 2013	Revue systématique de bibliographie	Correct	Pas de modèle	NON
8	A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report (35)	Health Affairs (Project Hope)	Berwick, DM.	2002 May-Jun	Avis d'expert	Faible	Issue DONABEDIAN non précisé	OUI
9	Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence (42)	Medical Journal of Australia	Phillips CB	2010	Revue systématique de bibliographie	Correct	DONABEDIAN non précisé	OUI

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
10	Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. (43)	BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION	Kerssens, JJ	2004	Etude qualitative	Fort	Issu DONABEDIAN	OUI
11	Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care (27)	Biomed central	Sibthorpe, B.	2008	Avis d'experts	Faible	Dérivé de DONABEDIAN	OUI
12	Defining quality of care (23)	Social Science & Medicine (1982)	Campbell, SM.	Dec 2000	Revue narrative de bibliographie	Médiocre	Issu de DONABEDIAN	OUI
13	Delivery system reform tracking : a framework for understanding change (44)	Issue Brief (Commonwealth Fund)	Tollen, L.	Jun 2001	Avis d'experts	Médiocre	Issu de DONABEDIAN non précisé	OUI
14	Does practice size matter ? (45)	The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners	Ng, CWL.	Sept 2013	Revue systématique de bibliographie	Fort	Issu de DONABEDIAN	OUI

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
15	Does team-based primary health care improve patient's perception of outcomes (46)	Health Policy (Amsterdam, Netherlands)	Jesmin, S.	Apr 2012	Revus systématique de bibliographie	Fort	Issu de DONABEDIAN	OUI
16	Does the patient-centred medical home work ? (34)	Health Serv Manage Res	Alexander, JA.	May 2012	Revue systématique de bibliographie	Fort	Pas de modèle	NON
17	Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol (47)	BMC geriatrics	Spoorenberg SLW.	Jun 19, 2013	Protocole Étude clinique randomisée	Fort	Issu du CCM (Wagner)	NON
18	Ensuring the quality of health care (48)	Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi	Lo, SV.	Jun 2001	Avis d'expert	Faible	Issu DONABEDIAN	OUI
19	Establishment of a conceptual base for health services research (20)	Journal of Health Services Research & Policy	Aday, LA.	Jul 2001	Avis d'expert	Faible	Modèle de Chicago	OUI
20	Evaluating advanced practice nursing care through use of a heuristic framework (31)	Journal of Nursing Care Quality	Wong, ST.	Jan 2000	Etude descriptive	Médiocre	Issu HOLZEMER	NON

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
21	Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain (21)	International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care	Hogg, W.	Aug 2008	Revue narrative	Correct	Modèle HOGG	NON
22	Framework to assess the effects of using patient-reported outcome measures in chronic care management (30)	Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation	Santana, M-J.	Jun 2014	Revue narrative de bibliographie	faible	Dérivé CCM (Wagner)	NON
23	Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: has the Quality Health Outcomes Model been useful? (17)	Medical Care	Mitchell, PH.	Feb 2004	Revue narrative de bibliographie	Médiocre	QUALITY HEALTH OUTCOMES MODEL	OUI
24	Guided care for multimorbid older adults (29)	The Gerontologist	Boyd, C.	Oct 2007	Etude descriptive	Correct	Dérivé CCM (Wagner)	NON

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
25	Health care quality indicators project conceptual framework paper (22)	ANS. Advances in nursing science	Kelley, E.	2006 Mar	Avis d'expert et groupe de travail (OECD)	Correct	Issu de DONABEDIAN	OUI
26	Identification, summary and comparison of tools used to measure organizational attributes associated with chronic disease management within primary care settings (49)	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Lukewich, J.	Dec 2014	Revue systématique de bibliographie	Fort	Issu CCM (Wagner)	NON
27	Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action (15)	Health Affairs	Wagner, EH.	11/01/2001	Avis d'expert	Faible	Issu du CCM (Wagner)	NON
28	Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2 (50)	JAMA	Bodenheimer, T.	2002-10-16	Revue systématique de bibliographie	Fort	Issu CCM (Wagner)	NON
29	Integrated approaches to prevention and control of chronic conditions (18)	Kidney International. Supplement	Epping-Jordan, JE.	Sep 2005	Avis d'expert	Faible	ICCC	NON
30	Learning lessons from the National Health Service (51)	Healthcare Management Forum	Sunner, J.	2010	Données gouvernementale	Faible	Pas de modèle	NON

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
31	Linking nursing care interventions with client outcomes: a community-based application of an outcomes model (32)	Journal of Nursing Care Quality	Cohen, J	Oct 2000	Etude descriptive	Médiocre	Issu de HOLZEMER	OUI
32	Linking primary care performance to outcomes of care (52)	The Journal of Family Practice	Safran, DG.	Sep 1998	Etude transversale descriptive	Correct	Issu de DONABEDIAN non précisé	OUI
33	Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions (53)	Health Affairs (Project Hope)	Hansen, J.	Sep 2015	Etude prospective multi centrique comparative	Fort	Issu de DONABEDIAN non précisé	OUI
34	Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries (54)	Quality in Primary Care	Schäfer WLA.	2013	Protocole étude comparative multicentrique	Fort	Issu DONABEDIAN	OUI
35	Measuring Comprehensiveness of Primary Care: Challenges and Opportunities (55)	Journal of General Internal Medicine	O'Malley, AS.	Aug 2015	Revue narrative de bibliographie	Faible	Issu de DONABEDIAN non précisé	OUI

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
36	Measuring quality: from the system to the provider (56)	International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care	Evans, DB.	Dec 2001	Revue narrative de bibliographie	Correct	Issu de DONABEDIAN	OUI
37	Organizing care for patients with chronic illness (57)	The Milbank Quarterly	Wagner, EH.	1996	Revue narrative de bibliographie	Médiocre	Issu de CCM (Wagner)	NON
38	Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature (28)	Medical care research and review: MCRR	Rathert, C.	Aug 2013	Revue systématique de bibliographie	Fort	Dérivé de DONABEDIAN	OUI
39	Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit (58)	Family Practice	Haddad, S.	Feb 2000	Etude qualitative	Correct	Issu de DONABEDIAN	OUI
40	Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care (59)	JAMA	Bodenheimer, T.	2002-11-20	Etude qualitative	Médiocre	Issu du CCM	NON
41	Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure (60)	Internal Medicine Journal	Evans, SM.	Oct 2009	Avis d'expert	Faible	Modèle à part entière	NON

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
42	Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care (61)	Image--the Journal of Nursing Scholarship	Mitchell PH.	1998	Avis d'expert	Faible	QUALITY HEALTH OUTCOMES MODEL	OUI
43	Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care (26)	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Van Driel , ML.	Oct 2005	Revue narrative de bibliographie	Faible	Dérivé de DONABEDIAN	OUI
44	Quality of evidence: usefulness in measuring the quality of health care (62)	Medical Care	Swan, BA.	Feb 2004	Avis d'expert	Faible	Issu QUALITY HEALTH OUTCOME MODEL	OUI
45	Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors (63)	The Milbank Quarterly	Hung, DY.	2007	Etude transversale descriptive	Correct	Issu CCM	NON
46	The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions (64)	BMC health services research	Kringos, DS.	Mar 13, 2010	Revue systématique de bibliographie	Fort	Issu de DONABEDIAN	OUI
47	The European primary care monitor : structure, process and outcome indicators. (10)	BMC FAMILY PRACTICE	Kringos, DS.	Oct 2010	Revue systématique de bibliographie	Fort	DONABEDIAN dérivé	OUI

	Titre	Journal	Auteur	Date	Type d'étude	Qualité de l'étude	Modèle	Dérivé de Donabedian
48	The Harvard Medical School Academic Innovations Collaborative: Transforming primary care practice and education (65)	Academic Medicine	Bitton A.	Sep 4014	Etude interventionnelle	Médiocre	Pas de modèle	NON
49	The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: a focus on outcomes (16)	Journal of Advanced Nursing	Holzemer, WL.	juillet 1, 1994	Avis d'expert	Faible	Modèle Holzemer	OUI
50	The impact of redesigning care processes on quality of care: a systematic review (66)	BMC health services research	Van Leijen-Zeelenberg, JE.	Jan 19, 2016	Revue systématique de bibliographie	Fort	Issu DONABEDIAN mais non précisé	OUI
51	The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance (67)	Medical care	Safran, DG.	May 1998	Etude observationnelle comparative	Correct	DONABEDIAN non précisé	OUI
52	The Quality-Caring Model: blending dual paradigms (25)		Duffy, JR.	2003 Jan-Mar	Avis d'expert	Faible	Dérivé de DONABEDIAN	OUI
53	What is the quality of quality of medical care measures? Rashomon-like relativism and real-world applications (33)	Perspectives in Biology and Medicine	Chin, M.	2003	Avis d'experts	Médiocre	Pas de modèle	NON

Tableau 1 Caractéristiques des études incluses

	Investigatrice LHEUREUX [n ; %]	Investigatrice PEGAT [n ; %]	Consensus [%]	Nombres d'articles
Langues	69 1,4%	152 3%	1,5%	76
Soins secondaires/tertiaires	2796 55,5%	2399 48%	52,5%	2642
Type de document	40 1,2%	298 6%	5%	252
Pathologie ou traitement spécifiques	1581 31%	1601 32%	31%	1560
Lieu unique spécifique	127 2,5%	88 1,6%	2%	101
Pays hors OCDE	20 0,4%	42 0,9%	0,5%	25
Résumé non disponible	148 3%	125 2,5%	2,5%	126
Autres	253 5%	297 6%	5%	252

Tableau 2 Nombre et pourcentage d'articles exclus en fonction des critères d'exclusion

	ARTICLES TROUVES	ARTICLES SELECTIONNNES
PUBMED	5175	154
BDSP	20	9
CAIRN	14	0
COCHRANE	186	2
LISSA	16	1
PERSEE	456	6
PSYCINFO	19	3
RUGBIS	0	0
SCIENCEDIRECT	27	3
SUDOC	0	0
AUTRES SOURCES	4	1
TOTAL	5917	179

Tableau 3 *Articles sélectionnés pour lecture complète et provenance de ces articles.*

Investigatrice LHEUREUX \ Investigatrice PEGAT	Oui	Non
Oui	130	80
Non	126	5577

Tableau 4 Calcul du Kappa première lecture

DIMENSIONS	ARTICLES
Acceptability (acceptabilité)	(19) (22) (23) (38) (48) (56)
Access (Accès)	(10) (19) (20) (21) (22) (23) (27) (34) (33) (37) (41) (46) (48) (51) (52) (53) (55) (56) (58) (65) (67) (68)
Accountability (Responsabilité)	(28) (33) (55) (67)
Affordability (Abordabilité)	(23) (56)
Appropriateness (Pertinence)	(19) (20) (22) (60) (38) (42) (56) (58) (68)
Availability (Disponibilité)	(15) (20) (21) (60) (23) (33) (50) (56)
Competence/ capacity (Compétence/ Capacité)	(15) (19) (22) (60) (25) (27) (29) (33) (37) (38) (41) (42) (50) (58) (65) (66) (68)
Comprehensiveness (Exhaustivité)	(10) (19) (21) (34) (37) (46) (52) (53) (55) (67)
Communication (Communication)	(15) (19) (21) (23) (25) (30) (33) (37) (41) (50) (52) (56) (58) (59) (67)
Continuity (Continuité)	(10) (15) (19) (21) (22) (27) (28) (37) (38) (42) (46) (50) (52) (53) (55) (56) (58) (65) (67)
Coordination (Coordinarion)	(10) (21) (23) (28) (29) (34) (37) (46) (53) (55) (65) (67)
Equipement (Equipement)	(38) (41)
Effectiveness (Efficacité)	(15) (19) (20) (22) (60) (23) (26) (27) (34) (35) (33) (38) (42) (48) (50) (56) (58) (62) (68)
Efficiency (Productivité)	(10) (19) (20) (22) (60) (23) (25) (26) (27) (29) (35) (38) (42) (48) (66)
Equity (Équité)	(10) (19) (20) (22) (60) (23) (26) (27) (35) (38) (48) (55) (68)
Governance (Système de gouvernance)	(10) (21) (27) (38)

Family-centered care/ involvement of family (Soins centrés sur la famille)	(21) (25) (28) (29) (34)
Patient centerdness (Soins centrés sur le patient)	(15) (19) (22) (60) (23) (25) (28) (29) (31) (34) (35) (38) (46) (50) (62) (65) (66) (68)
Patient outcome (Résultats centrés sur le patient)	(28) (30)
Patient education (Education du patient)	(37) (59)
Patient adherence (Adhésion du patient)	(30) (56) (58)
Patient engagement/ activation (Implication du patient)	(15) (28) (29) (30) (41) (42) (43) (50) (58) (59)
Prevention (Prévention)	(21) (27) (46) (52) (67)
Quality (Qualité)	(10) (15) (19) (21) (25) (26) (27) (34) (33) (37) (50) (65)
Safety (Sécurité)	(22) (60) (35) (38) (42) (56) (62) (68)
Patient satisfaction (Satisfaction du patient)	(19) (20) (21) (25) (28) (34) (33) (37) (55)
Timeliness (Ponctualité)	(19) (22) (60) (29) (35) (33) (37) (38) (56) (58) (62)
Trust (Confiance)	(19) (21) (25) (28) (37) (41) (43) (46) (52) (55) (56) (58) (67)

Tableau 5 Dimensions des soins premiers en fonction des articles inclus

	Faible	Médiocre	Correct	Fort
Donabedian et issus de Donabedian n = 26	7	2	7	10
CCM et issus du CCM n = 10	2	2	3	3
HOLZEMER et issus du Holzemer n = 3	1	2		
Isolés n = 9	5	3	1	
Pas de modèle n = 5	2	1	1	1
TOTAL 53	17	10	12	14

Tableau 6 Qualité des études et modèles d'analyse

Investigateur PEGAT \ Investigateur LHEUREUX	Faible	Médiocre	Correct	Fort
Faible	15	3	0	0
Médiocre	1	7	1	0
Correct	0	0	8	5
Fort	0	0	2	11

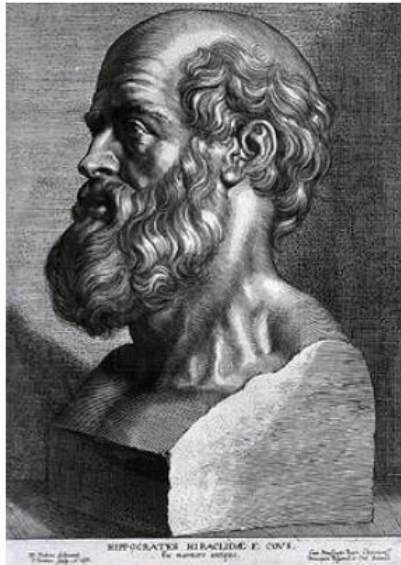
Tableau 7 Evaluation de la qualité des articles inclus par les deux investigatrices avec l'échelle de qualité

	Moyenne	Ecart Type
Investigatrice LHEUREUX	3.509434	2.382812
Investigatrice PEGAT	3.283019	2.340097

Tableau 8 Valeurs numériques pour l'évaluation de la qualité des articles

inclus

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.