



HAL
open science

**Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins :
quels critères du point de vue des patients ? Étude
préliminaire par méthode qualitative au sein de la
maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en
Bugey**

Amandine Rimetz-Pal

► **To cite this version:**

Amandine Rimetz-Pal. Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins : quels critères du point de vue des patients ? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01831248

HAL Id: dumas-01831248

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831248>

Submitted on 5 Jul 2018

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2018

N° 62

Thèse présentée pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 08 juin 2018 par
Amandine RIMETZ - PAL
Née le 23 mars 1988 à Liévin (62)

Ancienne élève de l'école du Service de Santé des Armées de Lyon - Bron

MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE ET QUALITE
DES SOINS : QUELS CRITERES DU POINT DE VUE DES
PATIENTS ? ETUDE PRELIMINAIRE PAR METHODE
QUALITATIVE AU SEIN DE LA MAISON DE SANTE
PLURIPROFESSIONNELLE D'AMBERIEU EN BUGEY

Directeur de thèse
Monsieur le Médecin Nousone NAMMATHAO

Membres du Jury

M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président du jury
M. le Professeur William DURIEUX	Rapporteur et Juge
M. le Docteur Baptiste LUACES	Juge
M. le Docteur David MEREUZE	Juge
M. le Docteur Nousone NAMMATHAO	Directeur et Juge

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2018

N° 62

Thèse présentée pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 08 juin 2018 par

Amandine RIMETZ - PAL

Née le 23 mars 1988 à Liévin (62)

Ancienne élève de l'école du Service de Santé des Armées de Lyon - Bron

MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE ET QUALITE
DES SOINS : QUELS CRITERES DU POINT DE VUE DES
PATIENTS ? ETUDE PRELIMINAIRE PAR METHODE
QUALITATIVE AU SEIN DE LA MAISON DE SANTE
PLURIPROFESSIONNELLE D'AMBERIEU EN BUGEY

Directeur de thèse

Monsieur le Médecin Nousone NAMMATHAO

Membres du Jury

M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président du jury
M. le Professeur William DURIEUX	Rapporteur et Juge
M. le Docteur Baptiste LUACES	Juge
M. le Docteur David MEREUZE	Juge
M. le Docteur Nousone NAMMATHAO	Directeur et Juge

Remerciements

A Monsieur Le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

*Professeur des Universités de Médecine Générale associé,
Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale,
Médecin Généraliste*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Je vous en suis très reconnaissante et vous prie de croire en mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur William DURIEUX

*Professeur des Universités de Médecine Générale associé
Médecin Généraliste*

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail et je vous en remercie. Merci pour votre disponibilité, vos conseils avisés. Je vous assure de mon plus grand respect.

A Monsieur Le Docteur Baptiste LUACES

Maître de Conférence associé, Médecin Généraliste

Vous avez accepté de juger mon travail et je vous en suis reconnaissante. Je vous remercie pour votre formation à l'utilisation du logiciel N'VIVO. Soyez assuré de mon respect.

A Monsieur Le Docteur David MEREUZE

Maître de Stage, Médecin Généraliste

Vous avez accepté de juger mon travail en participant à ce jury, je vous en suis reconnaissante. Je vous assure de mon profond respect.

A Monsieur Le Docteur Nousone NAMMATHAO

*Membre de la Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé,
Médecin Généraliste*

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, malgré les aléas : la distance, les silences. Je te suis reconnaissante pour tes conseils avisés, tes relectures, ton investissement personnel et ton soutien moral.

Remerciements Particuliers

Au Pôle de Santé des Allymes : Merci à l'ensemble des médecins du pôle de santé d'avoir accepté de participer à ce projet. Vos conseils ont permis d'enrichir ce travail de thèse.

A mes parents : Merci pour votre soutien depuis toutes ces années, vous avez su m'accompagner dans tous mes choix de vie. Je vous remercie de l'aide régulière que vous nous apportez encore aujourd'hui, de l'attention que vous nous portez à moi, aux « garçons » (mes frères), à Michaël et à nos deux petits anges Valentin et Clémentine.

Mes frères, Julien et Alex : mes deux petits frères, merci pour votre soutien et votre écoute lorsque je me plains. A Julien, avec qui nous avons partagé des pleurs, des disputes mais aussi des rires et des moments de joie. A Alex « loulou », le petit dernier pour tous ces moments de complicité.

A Véronique, Ma Belle Mère : Merci pour ton accueil chaleureux au sein de votre famille. Voilà maintenant 12 ans que tu nous apportes ton soutien et ton aide dans nos choix de vie, et pour l'attention que tu portes à nos deux petits anges.

A Mes Belles Sœurs, Anaïs et Floriane : Merci pour votre soutien tout au long de ces années. Malgré « les hauts et les bas », vous avez toujours su rester présentes pour nous. Sans oublier vos maris, Philippe et Peru,

A Michaël, ma moitié. Merci à toi d'être à mes côtés depuis si longtemps. Depuis notre première rencontre à la « Boate » nous ne nous sommes plus quittés. Ton aide, tes encouragements, ta patience face à ma mauvaise humeur et ton amour, m'ont permis d'accomplir « ce périple » des études médicales sereinement. Grâce à toi, je suis une épouse heureuse et une maman comblée.

A mes « petits-chats », Valentin et Clémentine, qui me comblent de bonheur chaque jour.

Merci à l'ensemble de ma famille et de ma belle famille pour votre accueil chaleureux et l'intérêt que vous nous portez.

A mes amies Pauline, Bénédicte et Aurore : merci à chacune d'entre vous pour ces années passées sur les bancs de la faculté. Nous voilà chacune arrivée au terme de ces études, et je me réjouis de pouvoir soutenir ma thèse en votre présence. Un merci tout particulier à Aurore pour ton implication dans mon travail dans le codage des entretiens.

A Julien et Audrey : merci à vous pour tous ces moments passés ensemble. Sans vous, toutes ces années à la « Boate » n'auraient pas été les mêmes. Je vous remercie également de la confiance que vous me portez en me permettant d'être la marraine de Lucie.

A Gilles, mon ami regretté parti trop tôt. Mon « Gillou », merci d'avoir été présent toutes ces années et de la bienveillance que tu avais pour nous tous. Tu as su rester disponible malgré tes derniers moments de vie difficiles.

A Julie : merci à toi d'être une amie fidèle. Sans toi, ces années à Bordeaux n'auraient pas été aussi « funky ». Depuis nos premiers pas d'internes aux urgences, j'apprécie ces moments de travail et de complicité passés ensemble.

A mes amies d'enfance Charlotte, Caroline et Julie : merci à vous d'être présentes depuis toutes ces années, restez comme vous êtes.

Merci à mes co-internes Bordelais, pour ces moments de travail passés ensemble. Une pensée particulière pour Anne-Cécile, Maud et Jennifer avec qui nous avons partagé des moments de complicité au travail et en dehors.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION :	13
2. GENERALITES	14
2.1. Démographie Médicale	14
2.1.1. Généralités	14
2.1.1.1. Etat des lieux	14
2.1.1.2. L'activité régulière	15
2.1.1.3. Les modes d'exercice	16
2.1.1.4. La densité médicale	16
2.1.2. L'accessibilité aux soins	17
2.1.3. La situation en Région Auvergne Rhône Alpes	17
2.2. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles	18
2.2.1. Définition des Maisons de Santé	18
2.2.1.1. Première définition Officielle	19
2.2.1.2. Evolution de la définition	19
2.2.1.3. Dernière définition : loi de Modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016	20
2.2.1.4. Définition du Pôle de Santé	20
2.2.2. Objectifs des MSP et Pôles de Santé	20
2.2.3. Etats des lieux des MSP et pôles de santé	21
2.2.3.1. La situation nationale	21
2.2.3.2. La région Auvergne Rhône Alpes	22
2.2.4. Description de la Maison de Santé d'Ambérieu en Bugey	23
2.2.4.1. Localisation	23
2.2.4.2. Statut juridique	23
2.2.4.3. Fonctionnement et composition	23
2.2.4.4. Projet de santé	24
2.3. La qualité des soins	25
2.3.1. Définition de la qualité des soins	25
2.3.2. Les dimensions de la qualité des soins	26
2.3.3. Les outils de mesure	27
2.3.3.1. La nécessité d'indicateurs	27
2.3.3.2. Les moyens de mesure	28

2.3.4.	La Prévention comme indicateur de qualité des soins	29
2.3.4.1.	Définition de la Prévention.....	29
2.3.4.2.	Prévention en Médecine Générale.....	30
2.3.4.3.	Les outils de prévention en soins primaires.....	32
3.	MATERIEL ET METHODE.....	34
3.1.	L'étude.....	34
3.1.1.	Type d'étude.....	34
3.1.2.	Choix d'une étude qualitative.....	34
3.1.3.	Choix des entretiens semi-dirigés individuels.....	34
3.1.4.	Choix des entretiens à domicile.....	34
3.2.	Sélection de la population	35
3.2.1.	Choix de la Maison de Santé.....	35
3.2.2.	Type d'échantillonnage	35
3.2.3.	Sélection des patients	35
3.3.	Consentement.....	36
3.4.	La grille d'entretien.....	36
3.5.	Recueil et Retranscription des données	37
3.6.	Analyse des entretiens	37
4.	RESULTATS.....	38
4.1.	Caractéristiques des Interviewés.....	38
4.2.	Description des entretiens	39
4.3.	Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés	39
4.3.1.	Définition de la qualité des soins	39
4.3.2.	Organisation des soins.....	40
4.3.2.1.	La DISPONIBILITE.....	40
4.3.2.2.	LA CONTINUITE DES SOINS.....	41
4.3.2.3.	GESTION DU TEMPS	42
4.3.2.4.	PLURIPROFESSIONNEL.....	43
4.3.2.5.	FORMATION	46
4.3.3.	Organisation de la structure.....	46
4.3.3.1.	LE SECRETARIAT	46
4.3.3.2.	ACCUEIL.....	48
4.3.3.3.	ACCESSIBILITE	49

4.3.3.4.	QUALITE DU LIEU	51
4.3.3.5.	INFORMATIONS SUR FONCTIONNEMENT	53
4.3.4.	Compétences du médecin.....	54
4.3.4.1.	Compétences RELATIONNELLES	54
4.3.4.2.	Compétences TECHNIQUES.....	56
4.3.5.	La prévention.....	58
4.3.5.1.	Thèmes à aborder en prévention.....	58
4.3.5.2.	Les Moyens utiles pour la prévention.....	61
5.	DISCUSSION	65
5.1.	Les Faiblesses de cette étude	65
5.1.1.	Limite du type d'étude	65
5.1.2.	Limites liées au recueil des données	65
5.1.2.1.	La grille d'entretien et ses modifications.....	65
5.1.2.2.	Les biais internes	65
5.1.2.3.	Retranscription différée des entretiens	66
5.1.2.4.	Etude monocentrique	66
5.1.2.5.	Le choix d'une MSP multi-site.....	66
5.1.2.6.	Les Biais de Sélection.....	66
5.1.2.7.	Les biais externes.....	66
5.1.2.8.	Les biais d'investigations	67
5.1.2.9.	Les biais d'interprétation	67
5.2.	Interprétation des résultats.....	67
5.2.1	Qualité des soins	67
5.2.1.	L'Organisation des soins	68
5.2.1.1.	La disponibilité et continuité des soins.....	68
5.2.1.2.	La gestion du temps	69
5.2.1.3.	La pluriprofessionnalité, coordination et formation	71
5.2.2.	La structure.....	72
5.2.3.	La Compétence.....	74
5.2.4.	Prévention.....	74
6.	CONCLUSION	77
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	79
8.	ANNEXES	85

8.1. Annexe 1 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Fonctionnement en 2017 en région Auvergne Rhône Alpes	86
8.2. Annexe 2 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Projet en 2017 en région Auvergne Rhône Alpes	93
8.3. Annexe 3 : Situation démographique de la Région Nouvelle Aquitaine.....	95
8.4. Annexe 4 : Répartition des MSP en Région Nouvelle Aquitaine	96
8.5. Annexe 5 : Catégories d’usagers	98
8.6. Annexe 6 : Grille d’entretien	99
8.7. Annexe 7 : Document fourni aux usagers de la Maison de Santé lors de l’échantillonnage	102
9. RESUME	103
10. ABSTRACT	104

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ARA : Auvergne Rhône Alpes

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ECG : Electrocardiogramme

EPA : European Practice Assessment

EPS : Examen Périodique de Santé

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé

FDRCV : Facteur De Risque CardioVasculaire

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCQI : Health Care Quality Indicator

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmier (ère) Diplômé d'Etat

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

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

MG : Médecin Généraliste

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NA : Nouvelle Aquitaine

OCDE : Organisation de Coopération et de développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

WONCA : World Organization of Family Doctors (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes)

Liste des figures

Figure 1 Approche territoriale de la variation des effectifs en activité totale. Profil comparé 2007/2017 et répartition, par cercles proportionnels, des effectifs des médecins en activité totale par département

Figure 2 : Cartographie de la densité des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins tous modes d'exercice, en activité régulière en 2017

Figure 3 : Densité des Médecins Généralistes en activité régulière

Figure 4 : Répartition des Médecins Inscrits au Conseil de l'Ordre par Départements en Région Auvergne Rhône Alpes

Figure 5 : Répartition des médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins par Départements en Région Nouvelle Aquitaine

Figure 6 : Répartition des Maisons de Santé pluriprofessionnelles

Figure 7 : Répartition des Professionnels de Santé de la MSP d'Ambérieu en Bugey

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre de médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins par Départements en Région Auvergne Rhône Alpes

Tableau 2 : Nombre de médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins par Départements en Région Nouvelle Aquitaine

Tableau 3 : Aspects des soins en Médecine Générale issus de l'enquête des attentes des usagers en Médecine Générale

Tableau 4 : Dimensions de la qualité des soins en fonction des définitions

Tableau 5 : Caractéristiques des usagers interviewés

1. INTRODUCTION :

Dans le contexte actuel d'inégalité d'accès aux soins primaires de la population française et d'émergence de pathologies chroniques, un nouveau mode d'exercice de soins primaires voit le jour avec la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Ce nouveau mode d'exercice semble répondre aux attentes des professionnels de santé (1) et améliorer leurs conditions d'exercice. Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès de patients montrent qu'ils sont également satisfaits.

A l'heure où la qualité des soins est un enjeu important en terme de santé publique, en y intégrant la prévention et la promotion de la santé, l'apport qualitatif de ces Maisons de Santé Pluriprofessionnelles reste encore peu précis.

L'objectif de ce travail sera de définir les critères de qualité de soins attendus des patients consultant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

Dans un premier temps, nous évoquerons la démographie médicale, l'état des lieux des MSP, ainsi que les notions de qualité des soins et prévention. Puis, dans un second temps, nous décrirons l'étude et ses résultats, et enfin nous discuterons ces derniers.

2. GENERALITES

2.1. Démographie Médicale

2.1.1. Généralités

2.1.1.1. Etat des lieux

En 2017, on recense 290 974 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre en France, soit une augmentation de 15% en 10 ans et 1,8% entre 2016 et 2017 (2).

Cependant, on constate un vieillissement des médecins inscrits : les médecins âgés de 60 ans et plus, représentent 47 % de l'ensemble des médecins inscrits alors qu'ils ne représentaient que 27 % en 2007. Par ailleurs, on note une féminisation de la profession : les femmes représentent 42 % des médecins inscrits en 2017, contre 37 % en 2007 ; de plus, elles représentent 62% des médecins de moins de 40 ans.

Le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 10 % en 10 ans alors que la proportion des médecins retraités et retraités/actifs a augmenté de 11%, avec un nombre de médecins retraités actifs qui a été multiplié par six en dix ans.

Parmi l'ensemble des médecins inscrits, 215 941 sont en activité totale alors qu'on dénombre 75 033 médecins retraités parmi lesquels 16 853 sont en cumul emploi-retraite (activité libérale/mixte/salariée ou remplaçant). Alors que le nombre de médecins retraités a augmenté de 93,6 % en 10 ans, l'augmentation du nombre de médecins actifs n'est que de 0,9 % sur la même période.

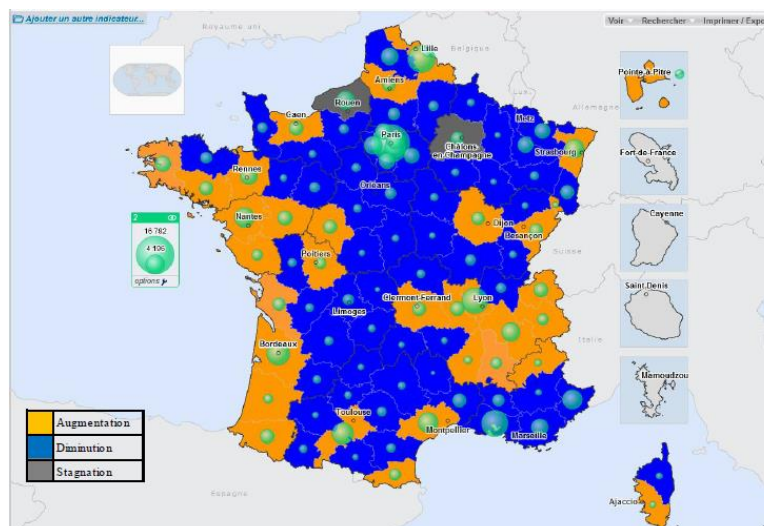


Figure 1 : Approche territoriale de la variation des effectifs en activité totale. Profil comparé 2007/2017 et répartition, par cercles proportionnels, des effectifs des médecins en activité totale par département (2)

Si on regarde cette carte, on constate qu'en 10 ans, la proportion de médecins en activité totale s'est majorée dans certains territoires notamment le long de la façade atlantique, la région Auvergne Rhône Alpes alors qu'elle s'est amoindrie au centre de la France.

2.1.1.2. L'activité régulière

Au 1^{er} Janvier 2017, on recense 197 859 médecins inscrits en activité régulière, ce qui représente 68% des médecins inscrits au tableau de l'ordre des Médecins contre 78 % en 2007.

Il existe néanmoins des disparités territoriales : par exemple entre 2010 et 2017

- En région Nouvelle Aquitaine (NA) : sur douze départements, six présentent une augmentation des effectifs, alors que les six autres enregistrent une diminution de leurs effectifs
- En région Auvergne Rhône Alpes (ARA) : sur l'ensemble des douze départements recensés, huit voient leur effectif de médecins en activité régulière s'accroître, deux départements ont un effectif stable et les deux derniers, un effectif qui diminue.

▣ L'activité régulière en Médecine Générale

A ce jour, 88 137 médecins généralistes sont recensés par l'Ordre des Médecins en activité régulière tout mode d'exercice confondu, soit une baisse de 9,1 % en 10 ans. La tendance à la baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 où le nombre de médecins généralistes en activité régulière ne devrait pas dépasser 79 262.

▣ La répartition par genre et par âge

Actuellement, l'âge moyen des médecins en activité régulière sur l'ensemble du territoire Français est de 51,2 ans, versus 50 ans en 2007. Les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 20 % de l'ensemble des médecins alors que les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 28%.

Comme précisé plus haut, il existe une féminisation de la profession : en 2017 les femmes représentent 47 % des effectifs des médecins en activité régulière contre 38 % en 2007. Parmi les médecins généralistes, les femmes représentent également 47% des effectifs en activité régulière pour l'année 2017.

2.1.1.3. Les modes d'exercice

Au sein des 197 859 médecins en activité régulière, il existe différents modes d'exercice :

- L'exercice libéral exclusif
- L'exercice mixte (libéral/salarié ou libéral/hospitalier ou libéral/Salarié/hospitalier),
- L'exercice salarié
- Une catégorie sans exercice déclaré
- Une catégorie divers (médecins dont la forme de rémunération est inconnue)

Parmi les médecins généralistes en activité régulière en 2017, on dénombre :

- 56,3 % des médecins en exercice libéral exclusif
- 6,6 % en activité mixte
- 37 % en activité salariée
- 0,1 % en dans la catégorie divers

2.1.1.4. La densité médicale

Au 1^{er} Janvier 2017, la densité médicale sur la France entière est de 330,7 médecins pour 100 000 habitants. Ainsi, on comprend que l'évaluation de la démographie médicale doit prendre en considération les variations de la population générale dans les différents territoires nationaux.

La carte ci- dessous illustre les disparités territoriales de densité médicale : on peut constater que les régions NA et ARA comptent parmi celles à plus haute densité médicale (à l'exception de certains départements comme le Lot et Garonne, la Dordogne ou la Haute Loire, l'Ardèche et l'Ain).

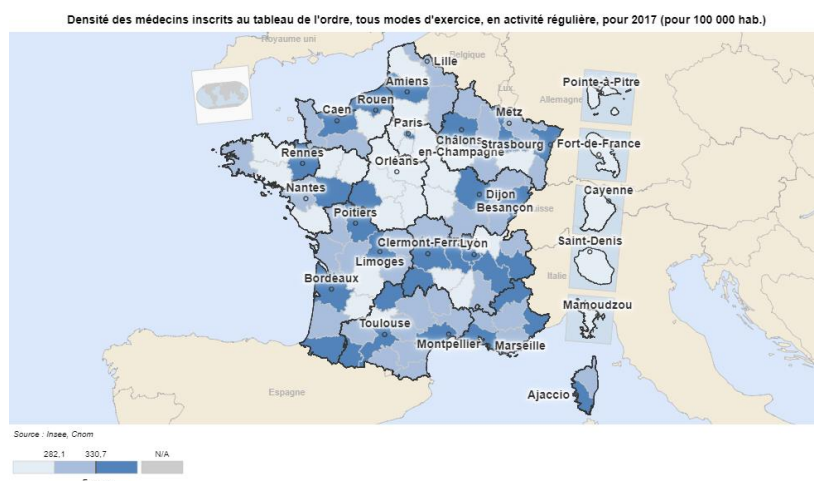


Figure 2 : Cartographie de la densité des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins tout mode d'exercice, en activité régulière en 2017 (3)

La carte suivante illustre la densité médicale des médecins généralistes en 2016 en activité régulière tout mode d'exercice confondu : la répartition est hétérogène avec une densité médicale plus importante sur la côte atlantique, le bassin rhône-alpin, le sud et quelques départements hospitalo-universitaires du Nord de la France.

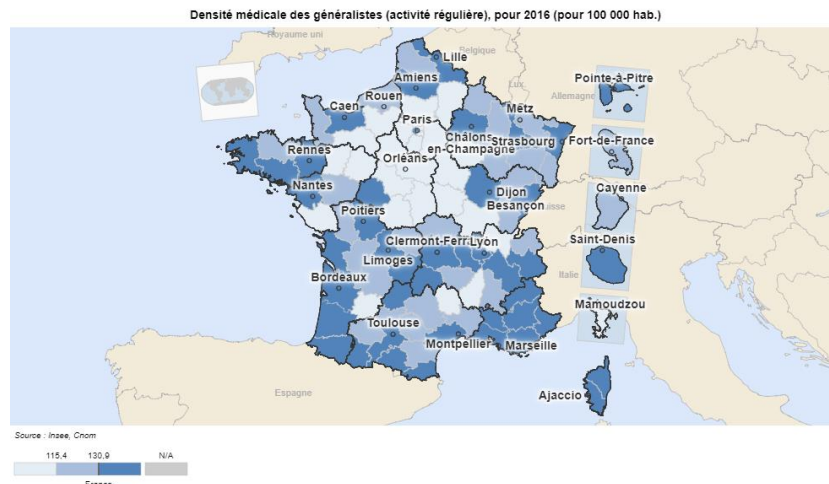


Figure 3 : Densité des Médecins Généralistes en activité régulière (4)

2.1.2. L'accessibilité aux soins

Selon une étude réalisée par l'IRDES, la répartition inégale des médecins généralistes est susceptible d'engendrer une distance à parcourir plus importante pour le recours au soin et par conséquent être responsable d'une limitation de l'accessibilité aux soins.

En 2015, les français doivent parcourir en moyenne 5,1 Km pour accéder aux soins primaires, contre 4,3 km en 2005. Ce sont les départements à faible densité médicale qui sont les plus impactés par cette distance à parcourir et correspondent également aux territoires où la population est vieillissante (susceptible d'avoir le plus recours aux soins)

2.1.3. La situation en Région Auvergne Rhône Alpes

Au 1^{er} Janvier 2017, parmi les 290 974 médecins inscrits, on en dénombre 34 154 en région Auvergne Rhône Alpes répartis sur 12 départements.

code	Nom	Valeur
1	Ain	1 593
3	Allier	1 261
7	Ardèche	1 066
15	Cantal	543
26	Drôme	2 031
38	Isère	5 348
42	Loire	3 149
43	Haute-Loire	637
63	Puy-de-Dôme	3 035
69	Rhône	10 195
73	Savoie	1 958
74	Haute-Savoie	3 159

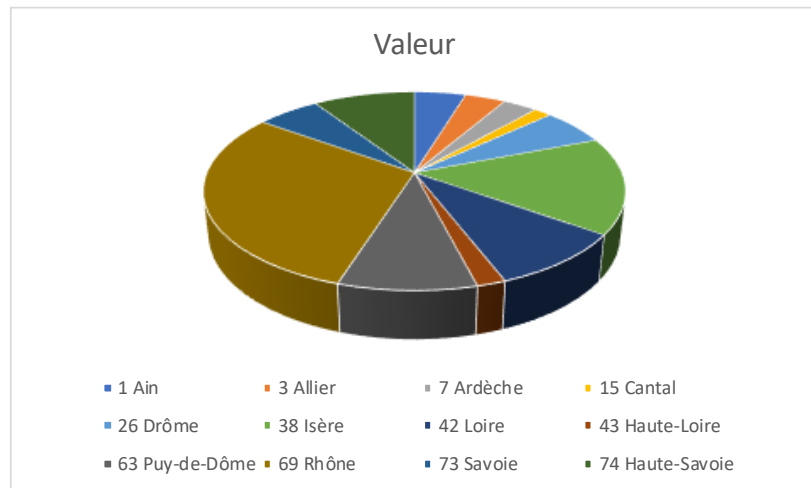


Tableau 1 : Nombre de médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins par Départements en Région Auvergne Rhône Alpes

Figure 4 : Répartition des Médecins Inscrits au Conseil de l'Ordre par Départements en Région Auvergne Rhône Alpes

Parmi l'ensemble des médecins inscrits, on recense 25 440 médecins en activité totale, 1967 retraités actifs et 6568 médecins retraités sans activité. En 2016, la part des femmes sur l'ensemble des médecins inscrits représente 48,3 %. La moyenne d'âge de l'ensemble des médecins inscrits est de 55,7 ans et de 50 ans pour les 23 731 médecins en activité régulière.

On compte 16 403 médecins généralistes inscrits en région ARA en 2017, dont 10 757 sont en activité régulière soit une densité de médecins généralistes de 135 médecins pour 100 000 habitants.

Afin de tenter d'améliorer l'accès aux soins et de répondre aux besoins de démographie médicale, de nouvelles structures de soins sont en plein essor.

2.2. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

2.2.1. Définition des Maisons de Santé

La définition de la Maison de Santé pluriprofessionnelle (MSP) est encadrée par la législation. Depuis sa 1ère définition en 2007, celle-ci a été modifiée à trois reprises (5)

2.2.1.1. Première définition Officielle

Les MSP sont définies pour la première fois le 19 Décembre 2007 selon l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique par la loi de financement de la Sécurité Sociale (6) « *les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* ».

2.2.1.2. Evolution de la définition

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 (7) modifie la définition, pour la première fois, en remplaçant le terme « *professionnels de santé* » par les termes « *professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux* ». Dans ce même article, il y est ajouté que « *Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.* »

Cette définition est actualisée une seconde fois par la loi Fourcade du 10 Août 2011 (8) donnant la définition suivante « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.*

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

Dans cette définition le terme de « pluriprofessionnel » est préféré au terme de « pluridisciplinaire » en lien avec la présence de professionnels autres que médicaux.

2.2.1.3. Dernière définition : loi de Modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016

En Janvier 2016, selon l'article L 6323-3 du Code de santé publique, est introduit la notion de maison de santé « universitaire » (9). Ces maisons de santé ont pour objectif le développement de la formation et de la recherche en soins primaires. Une convention tripartite est signée avec l'ARS dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche en médecine.

2.2.1.4. Définition du Pôle de Santé

Les pôles de santé sont définis selon l'article L 6323-4 du Code de Santé Publique avec la loi HPST du 21 Juillet 2009 (10) : « *Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués de professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.* »

A ce jour, ce terme n'est plus utilisé, on parle désormais de MSP monosites ou multisites.

2.2.2. Objectifs des MSP et Pôles de Santé

L'objectif de ces structures est d'organiser un travail coordonné pluriprofessionnel dans le cadre des soins primaires ou soins de premier recours. L'organisation de ces soins de premiers recours est faite par les Agences Régionales de la Santé selon l'article L1434-16 de Santé publique (11).

Ces soins de premiers recours comprennent (12) :

- « *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.* »

Ce travail de coordination repose entre autre sur (12) :

- La présence d'un dossier électronique partagé
- Un exercice protocolé
- La présence de réunions pluri professionnelles ou non
- La continuité des soins
- L'accompagnement personnalisé des patients en situation complexe
- La maîtrise de stage
- La présence d'alertes informatiques pour la surveillance et la relance des patients dans le dépistage et la prévention

D'autres objectifs peuvent être attribués à ces structures de soins tels que :

- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé
- Lutter contre la désertification médicale en favorisant l'installation des jeunes médecins

2.2.3. Etats des lieux des MSP et pôles de santé

2.2.3.1. La situation nationale

Selon une étude de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), le nombre de structures ne cesse de s'accroître. En mars 2015(13), on dénombre 1023 MSP mono et multisites en activité ou en projet. La répartition de ces structures est assez homogène à l'échelle nationale comme l'illustre la carte ci-dessous.

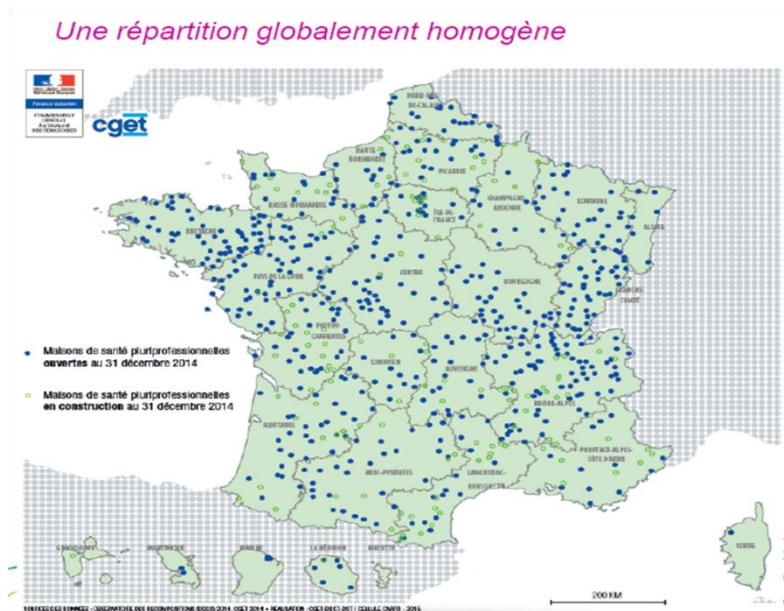


Figure 6 : Répartition des Maisons de Santé pluriprofessionnelles (14)

2.2.3.2. La région Auvergne Rhône Alpes

En région ARA, il existe à ce jour 138 Maisons de Santé en fonctionnement réparties (annexe1) sur les douze départements (15):

- 14 en Haute Savoie
- 21 en Savoie
- 12 dans le Rhône
- 8 dans le Puy de Dôme
- 6 en Haute Loire
- 9 dans la Loire
- 18 en Isère
- 10 dans la Drôme
- 6 dans le Cantal
- 12 en Ardèche
- 10 dans l'Allier
- 22 dans l'Ain

On dénombre également 37 projets en cours répartis sur dix des douze départements (16) (Annexe 2).

2.2.4. Description de la Maison de Santé d'Ambérieu en Bugey

2.2.4.1. Localisation

Il s'agit d'une Maison de Santé Multisite située à Ambérieu en Bugey dans le département de l'Ain en zone urbaine, commune de 14 127 habitants en 2015.

La Maison de santé est située au sein d'un canton de 18 communes, sur lequel on recense 24 médecins généralistes en activité (17), 40 infirmiers (18) et 29 masseurs kinésithérapeutes (19). Au sein même de la ville d'Ambérieu en Bugey, on dénombre 17 médecins généralistes, 21 infirmiers/infirmières, 21 kinésithérapeutes, 4 sage-femmes, 4 pharmacies, 7 pédicures podologues, 2 diététiciennes. En parallèle de la Maison de santé, il existe une structure hospitalière ainsi qu'un centre psychothérapeutique (Hôpital C.P.A).

2.2.4.2. Statut juridique

La maison de Santé d'Ambérieu en Bugey est sous le statut juridique de Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) depuis le 31 Décembre 2012. Le récapitulatif des statuts est directement accessible sur le site de la Maison de Santé « Pôle de Santé des Allymes ».

2.2.4.3. Fonctionnement et composition

La MSP est en fonctionnement depuis 2009 au sein de l'APPSPPA puis de l'APSS-PAPA depuis le 1^{er} Janvier 2013. Les regroupements de professionnels étaient pré existants à la création de la MSP au vu des contraintes démographiques.

La MSP se compose de 36 professionnels répartis en :

- 9 Médecins Généralistes (MG) regroupés au sein d'une même structure
- 8 Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) située à proximité du groupement médical et dans le centre- ville d'Ambérieu en Bugey
- 1 sage-femme exerçant au sein de l'hôpital privé
- 9 Masseurs Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE) : certains situés sur la zone du groupement médical et d'autres plus en centre-ville
- 2 Pédicures Podologues
- 1 diététicienne

- 6 Docteurs en Pharmacie / Pharmacien d'officine répartis sur cinq structures au sein de la ville

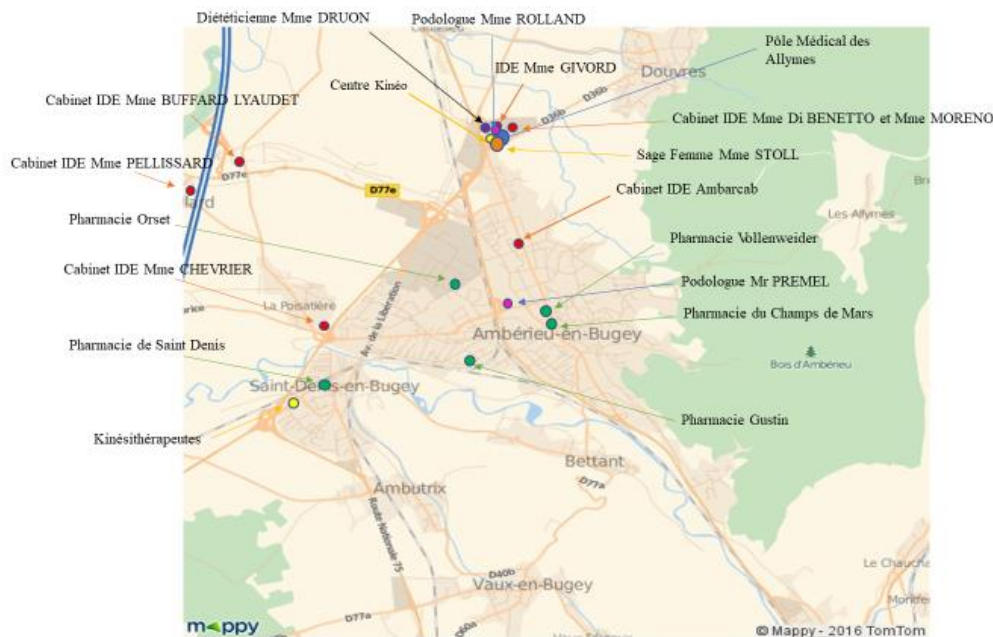


Figure 7 : Répartition des Professionnels de Santé de la MSP d'Ambérieu en Bugey

2.2.4.4. Projet de santé

Les points principaux du projet de santé sont :

- Utilisation d'un dossier commun avec utilisation d'un même réseau informatique pour les patients suivis par divers professionnels de santé de soins primaires
- Réunions pluriprofessionnelles
 - o réunions interprofessionnelles autour de cas complexes : elles sont organisées à la demande d'un des professionnels de santé de soins primaires en charge du patient
 - o réunions de coordination avec Infirmières de Santé Publique (IDSP) dans le cadre du plan ASALEE : organisation de réunions trimestrielles pour l'organisation générale et mensuelles pour l'analyse de cas
 - o organisation de rencontres interprofessionnelles autour du risque iatrogène
- Réunions hebdomadaires entre les Médecins Généralistes sous forme de Groupe d'Analyse de Pratiques (GEAP)
- Délégation de Compétences – Coopération interprofessionnelle (programme ASALEE)

- Mise en place de protocoles interprofessionnels – Mise en place d’un dossier coordonné des patients suivi à domicile
- Promouvoir des actions de Santé Publique individuelles et collectives et organisation des actions d’éducation thérapeutique auprès des patients
- Développement professionnel continu
 - o Organisation de Formations Interprofessionnelles
 - o GEAP
 - o Participation des différents Professionnels à leur formation continue dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) et formations complémentaires
- Accueil d’étudiants : externes et internes pour les médecins, accueil d’étudiants en pharmacie pour pharmaciens, certaines IDE ainsi que les podologues et orthophonistes sont maîtres de stage
- Participation à une démarche qualité
- Participation à des travaux de recherche
- Participation au réseau Vill’Hop’Ain et mettre à disposition des médecins hospitaliers qui y participent, des données biomédicales et sociales des patients hospitalisés
- Adhésion à la plateforme d’appui territorial SOUTI’AIN

Selon l’Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (20), la qualité des soins et l’efficacité des pratiques des médecins généralistes semblent meilleures dans les maisons et les pôles de santé.

2.3. La qualité des soins

2.3.1. Définition de la qualité des soins

La qualité des soins est un terme difficile à définir, il n’existe pas une seule définition retenue aujourd’hui. Sa définition va ainsi dépendre de l’intention et du contexte dans lesquels on utilise cette formule. Donabedian (21) donne en 1980 la définition suivante : « le type de soins qui est supposé maximiser une mesure globale du bien-être du patient, après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins »

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme (22) « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d’actes* »

diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

L'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (World Organization of Family Doctors) WONCA (23) en donne la définition suivante « *the best outcomes possible given available resources and the preference and values of patients* » soit « les meilleurs résultats possibles, étant données les ressources disponibles et les préférences et valeurs des patients »

En 1990, l'Institut de Médecine Américain propose cette définition : « Capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ».

2.3.2. Les dimensions de la qualité des soins

La qualité des soins peut se décliner en quatre grandes dimensions selon une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) (24) à l'intérieur desquelles on retrouve différents aspects et différents indicateurs

T1 Liste des 40 aspects du soin de médecine générale par dimension		
Dimension du soin	Nombre d'aspects	Liste des aspects
Qualité clinique « perçue »	8	Attention accordée à la dimension physique du problème de santé – Education à la santé et prévention – Minuterie de l'examen clinique – Attention accordée à la dimension psychologique et sociale du problème de santé – Durée de la consultation – Obtention d'un examen – Obtention d'un médicament – Le médecin accepte de répondre à des demandes du patient en termes de prescription.
Relation médecin-patient	9	Le médecin donne de l'information sur le problème de santé au patient – Clarté des explications – Confidentialité des informations – Le médecin donne l'information sur le traitement et les examens – Partage de la décision médicale – Le médecin connaît l'histoire médicale du patient – Le médecin écoute le patient – Amabilité – Le médecin connaît l'histoire personnelle du patient.
Organisation du soin	11	Coordination des différents soins – Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous – Possibilité de toujours consulter le même médecin – Possibilité de joindre le médecin directement par téléphone – Le médecin aide le patient à obtenir un rendez-vous auprès d'autres professionnels de santé – Proximité géographique – Le médecin accepte de se déplacer au domicile du patient – Possibilité de consulter sans rendez-vous – Temps d'attente dans la structure médicale – Coût de la consultation après remboursement – Information sur le temps d'attente lors de l'arrivée dans la structure générale.
Caractéristiques de la structure et du médecin	12	Propreté de la structure médicale – Réputation du médecin – Qualité de l'accueil dans la structure médicale – Heures d'ouverture – Facilité d'accès à la structure médicale (parking, rampe d'escaliers, etc.) – Ambiance au sein de la structure médicale – Confort de la structure médicale – Présence de divertissements au sein de la structure médicale – Le médecin exerce dans une structure composée d'autres médecins, généralistes ou spécialistes, et de professionnels paramédicaux – Le genre du médecin.

Tableau 3 : Aspects des soins en Médecine Générale issus de l'enquête des attentes des usagers en Médecine Générale (23)

Elle est donc multidimensionnelle prenant en compte à la fois des critères de compétences techniques, relationnelles, d'organisation du soin ainsi que des critères d'ordre structurel en lien direct avec la structure elle-même.

Dans son rapport, l’OMS (25) répertorie les principales dimensions de la qualité des soins que l’on peut retrouver en fonction des définitions

	<i>Donabedian (1988)</i>	<i>Maxwell (1992)</i>	<i>Department of Health (UK) (1997)</i>	<i>Council of Europe (1998)</i>	<i>IOM (2001)</i>	<i>JCAHO (2006)</i>
<i>Effectiveness</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Efficiency</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Access</i>	X	X	X	X		X
<i>Safety</i>	X			X	X	X
<i>Equity</i>	X	X	(X)		X	
<i>Appropriateness</i>	X	X		X		X
<i>Timeliness</i>			X		X	X
<i>Acceptability</i>		X		X		
<i>Responsiveness</i>		Respect Choice Information			Respect Patient- centred- ness	
<i>Satisfaction</i>			(X)	X		
<i>Health improvement</i>	X		X			
<i>Continuity</i>					X	
<i>Other</i>		Technical competence Relevance		Efficacy		Availability Prevention/ early detection

Sources: Donabedian 1988; Maxwell 1992; Department of Health 1997; Council of Europe 1998; IOM 2001; JCAHO 2006.

Notes: IOM: Institute of Medicine; JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Tableau 4 : Dimensions de la qualité des soins en fonction des définitions (24)
Ces différents indicateurs sont relevés au travers de multiples travaux (26–28).

2.3.3. Les outils de mesure

2.3.3.1. La nécessité d’indicateurs

Afin d’évaluer la qualité des soins, il semble nécessaire d’utiliser des indicateurs qui se définissent comme « un élément mesurable de l’exercice médical pour lequel il existe une preuve ou un consensus permettant de l’utiliser dans le but d’évaluer la qualité et promouvoir un changement dans la qualité des soins fournis » (29).

Il existe plusieurs méthodes permettant de définir un indicateur que je ne ferai que citer dans ce travail :

- La méthode Delphi
- La conférence de Consensus
- La technique du Groupe Nominal
- La méthode RAND

2.3.3.2. Les moyens de mesure

▣ La Méthode Donabedian (30)

Il décrit une évaluation de la qualité des soins selon trois approches :

- *Structures* comprenant les ressources structurelles, matérielles et humaines
- *Process* qui décrit l'utilisation des ressources à la fois dans la démarche du soin mais également dans l'aspect organisationnel du soin
- *Outcomes* correspondant aux résultats du soin sur le patient ou une population (des indicateurs tels que la morbidité, mortalité... peuvent être mesurés)

▣ Les enquêtes de satisfaction

Ces enquêtes ont pour objectif de vérifier que le soin délivré soit conforme aux attentes du patient. Elles peuvent être réalisées à l'aide de questionnaires auto administrés avec des items centrés sur la satisfaction des usagers.

▣ Des outils internationaux (31)

Le « Maturity Matrix » (Dr Elwynn, Cardiff University) a été développé entre 1998 et 2003, son objectif étant l'évaluation du degré de développement organisationnel des soins primaires britanniques. Il a depuis été traduit et utilisé dans le même but, dans plusieurs pays européens, en utilisant un outil formatif dans le cadre d'une visite sur site.

Comme cité plus haut, l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) a développé le Health Care Quality Indicator (HCQI), projet (20-22) centralisant l'ensemble des démarches et des indicateurs qualités développées par différentes équipes internationales. Une version a été mise à jour en 2015.

L'European Practice Assessment (EPA) (31) est un outil mis au point par une équipe internationale de chercheurs, dont l'objectif est l'évaluation et de développement de la qualité des cabinets médicaux, avec une dimension européenne : « le but de l'EPA était de créer un outil d'évaluation de la qualité et d'amélioration de la qualité se concentrant sur l'organisation et la gestion des soins primaires, qui serait applicable à travers l'Europe ».

2.3.4. La Prévention comme indicateur de qualité des soins

2.3.4.1. Définition de la Prévention

En 1948, l'OMS définit la prévention comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle propose une classification selon le stade de la maladie (32) :

- La prévention *Primaire* : elle correspond à l'ensemble des actes permettant de réduire l'apparition de la maladie dans la population, elle prend donc en compte les conduites à risques individuelles ainsi que les risques environnementaux et sociétaux
- La prévention *Secondaire* : l'objectif est de diminuer la prévalence de certaines maladies, en agissant au tout début de la maladie afin de s'opposer à son évolution ou de faire disparaître les facteurs de risque. Le diagnostic, le traitement précoce ainsi que le dépistage ont ainsi leur place dans la prévention secondaire.
- La prévention *Tertiaire* : il s'agit de diminuer les « incapacités chroniques ou des récidives », ainsi de réduire les complications, invalidités et rechutes en lien avec la maladie ou ses traitements. Cette prévention prévaut aussi à la réadaptation du patient tant sur le plan médical, que social et psychologique.

En 1982, RS Gordon propose une classification de la prévention centrée sur la personne cible dont les termes seront réutilisés par Jean-Louis San Marco (33,34) :

- La prévention *Universelle* : elle concerne l'ensemble de la population afin de « permettre à chacun de conserver sa santé » avec pour exemple les règles hygiéno-diététiques. Elle ne tient pas compte de l'état de santé de chacun. Elle pourrait correspondre à l'éducation pour la santé, la promotion de la santé
- La prévention *Sélective* : c'est la prévention de certaines maladies chez des personnes à risque, exposées. Par exemple, s'inscrit dans cette prévention sélective, la vaccination anti grippale des personnes âgées de plus de 65 ans
- La prévention *Ciblée* qui concerne les personnes exposées devant l'apparition des facteurs de risques. Selon J-L San Marco, cette dernière cible les personnes malades ayant pour objectif de limiter la survenue de complications. Elle correspondrait à l'Education thérapeutique.

Il existe également la *prévention quaternaire* qui répond à l'adage « *primum non nocere* » (35,36) soit la prévention de la médecine non nécessaire ou la surmédicalisation, et ainsi assurer des soins éthiquement et médicalement acceptables.

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (37) introduit la politique de prévention ayant « *pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.*

La politique de prévention tend notamment :

1° A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

2° A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

3° A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

4° A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

5° A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;

6° A développer également des actions d'éducation thérapeutique. »

En 2009, la loi HPST décrit également la mission de « prévention et dépistage » dans le cadre des soins primaires. La Loi de Janvier 2016 de Modernisation du système de santé (38) renforce la notion de prévention et la promotion de la santé au travers de six chapitres contenant au total soixante et un articles qui ne seront pas détaillés ici.

2.3.4.2. Prévention en Médecine Générale

Selon le Baromètre de la Santé de 2009 (39), les médecins généralistes estiment que la prévention relève de leur rôle en particulier la prévention médicalisée (exemple : risque cardiovasculaire, tabagisme). Le médecin traitant constitue souvent le premier recours : il permet de relayer et d'adapter les messages de prévention à l'individu. Selon le baromètre de la santé, les médecins généralistes appliquent la prévention selon 3 champs :

- La prévention médicalisée : basée sur les actes de prescription
- L'éducation pour la santé
- L'éducation thérapeutique

La place du médecin généraliste comme acteur de prévention est reconnue de manière internationale : OMS, WONCA, HAS, CNGE. D'après le référentiel des compétences en médecine générale rédigé par le CNGE, un des cinq champs d'activité est l'éducation pour la santé regroupant dépistage, prévention individuelle et communautaire.

A ce jour, les données concernant les pratiques de prévention des médecins généralistes sont pauvres. Une revue de la littérature réalisée en Suisse sur les thèmes des dépistages et des actions de prévention en soins primaires entre 1990 et 2010 permet d'identifier cinquante travaux ayant montré que des actions de prévention étaient un moyen efficace de freiner l'émergence de maladies chroniques (40).

En Europe, on dispose de peu d'indicateurs de qualité de prévention en soins primaires, les études réalisées portent essentiellement sur un seul thème comme le diabète ou l'hypertension artérielle (HTA). Une étude réalisée en 2015 en Suisse et en France (41) visant à évaluer les pratiques des médecins généralistes en terme de prévention a montré que les pratiques les plus courantes étaient la mesure de la pression artérielle (99% des médecins), la recherche d'un tabagisme (95%) ; les moins fréquentes étant la vaccination anti grippale chez les plus de 65 ans (37%), la taille (53%) le dépistage des consommations d'alcool (60%). Le dépistage de la dyslipidémie, des cancers colorectal et de prostate, le suivi du poids sont pratiqués par 70 à 90% des médecins.

Dans son travail de thèse soutenu en Mars 2017, Mme C. MOUYON (42) étudie les pratiques de prévention des médecins généralistes dans le Pays de la Loire et retrouve des résultats similaires à ceux de la littérature actuelle avec des actions couramment mises en œuvre : mesure de la tension artérielle (99,5%), du poids (96,3%), dépistage de l'hypercholestérolémie (75,6 %), du tabagisme (96,7%) avec conseils pour moduler les consommations, le dépistage du cancer colorectal (87%) et la vaccination antigrippale chez les plus de 65 ans (89,8%)

2.3.4.3. Les outils de prévention en soins primaires

Différents outils peuvent être utilisés en soins primaires dans la prévention :

- ***Des questionnaires pré établis*** : En 2009, 62,4 % des médecins généralistes interrogés déclarent utiliser des questionnaires pré établis dans le cadre de la prévention tels que des tests ou des échelles. Parmi ces documents, on peut citer le questionnaire de Fagerström pour le tabac ou l'AUDIT dont il existe une version simplifiée en trois questions AUDIT C utilisable en Médecine Générale.

- ***Des logiciels informatiques***, tels que le logiciel EsPeR (43) considéré comme « *un outil d'aide informatisé, pour hiérarchiser les priorités de prévention chez un patient donné, et lui proposer des actions de prévention en accord avec les données scientifiques actuelles. L'outil est destiné au médecin et vise à lui donner, face à un sujet consultant, les éléments qui permettent de classer ses risques de santé les plus probables* ». Il utilise des données épidémiologiques et des recommandations nationales.

Il existe également le logiciel PPP (Plan de Prévention Personnalisé) qui est téléchargeable gratuitement, et qui permet d'évaluer un profil de risque pour le patient ainsi qu'un plan de prévention personnalisé en fonction des facteurs de risques sélectionnés pour un individu.

- ***Des sites internet utilisables en consultation***. PREVENDOC qui est un logiciel créé en 2014 à partir d'un travail de thèse traitant des facteurs de risques cardiovasculaires, qui nécessite la création d'un compte utilisateur. Il existe également le site PREVENCLIC également issu d'un travail de thèse qui propose des outils validés, sélectionnés et facile d'accès afin d'effectuer des actes de prévention, répertoriés selon les classes d'âge et les thèmes à aborder.

- ***Le site de l'INPES*** (Institut National de Prévention et d'Education pour la santé) propose également des outils accessibles en ligne et destinés aux professionnels de santé mais aussi au grand public afin d'aborder certains thèmes de prévention. Il est également possible de commander des brochures et des affiches diffusables dans le cadre d'une démarche préventive.

- *Les consultations préventives* mises en place par la MSA (Mutuelle Santé des Agricoles) (44) ou par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie au sein de centres d'examens dédiés qui propose un examen périodique de santé (EPS) (45)

- *Le Programme ASALEE* (Action de Santé Libérale En Equipe) créé en 2004 dans le cadre d'une coordination entre médecins libéraux et infirmières afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en ambulatoire, avec la délégation à des infirmières libérales et salariées de l'association ASALEE d'acte de prévention primaire, de dépistage et de suivi. Au stade initial, la pratique de l'IDE était limitée au repérage des FDRCV (Facteurs De Risques Cardio-Vasculaire) dans les dossiers des patients et participation conjointe avec le médecin à l'éducation thérapeutique dans le cadre du diabète. Depuis 2012, leur champ d'action s'est élargi avec le repérage des troubles cognitifs et le dépistage de la BPCO (Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive) du patient tabagique, le suivi de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire) et la délégation d'actes tels que l'Electrocardiogramme (ECG), la spirométrie, l'examen du pied, le test au monofilament. Les activités sont protocolisées et donnent des renseignements dans le dossier patient (création d'alarmes) (46)

- *Différents plans nationaux de Santé publique* ont également été créés permettant la pratique organisée du dépistage du cancer colorectal et du sein, par exemple, via les Plans Cancers, ou encore le Programme National Nutrition Santé en 2001.

3. MATERIEL ET METHODE

Cette étude a pour objectif d'identifier les critères de qualités de soin des patients, et d'en vérifier l'existence au sein de leur lieu de prise en charge : la maison de santé pluriprofessionnelle.

3.1. L'étude

3.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés. Les entretiens ont eu lieu au domicile du patient.

3.1.2. Choix d'une étude qualitative

Etant donné les objectifs de ce travail, une étude qualitative s'est imposée à nous. En effet, « L'étude qualitative peut permettre également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins (soignants, patients, aidants) qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux émergents. Plus globalement elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel » (47).

Une étude quantitative d'évaluation de la qualité des soins qu'elle soit expérimentale ou quasi expérimentale aurait nécessité le choix d'un indicateur de qualité, or dans notre étude l'objectif est de déterminer quels sont ces indicateurs de qualité pour les patients.

3.1.3. Choix des entretiens semi-dirigés individuels

Afin de s'affranchir de l'influence du « groupe » et de recueillir les opinions de chacun, nous avons optés pour des entretiens individuels.

Le choix de l'entretien semi dirigé permet d'aborder les thèmes en utilisant si besoin des sous questions de relance. Il permet de « diriger » l'entretien, d'éviter « les dérives » tout en restant souple et en s'adaptant au patient lors de l'entretien.

3.1.4. Choix des entretiens à domicile

Nous avons choisi de réaliser les entretiens au domicile des patients dans le but d'optimiser les conditions de confort de l'entretien ainsi que de leur permettre de s'exprimer librement et ne pas être influencés par la présence des professionnels de santé aux alentours.

3.2. Sélection de la population

3.2.1. Choix de la Maison de Santé

Pour des contraintes d'ordre géographique, le choix de la MSP a été fait après obtention de la liste des MSP mono et multisites en activité en région ARA auprès de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). L'ensemble des MSP a été contacté par mail afin de présenter mon projet, les objectifs ainsi que la méthode envisagée. Seule deux maisons de santé ont répondu, la MSP multisite d'Ambérieu en Bugey située dans l'Ain ainsi qu'une MSP multisite Lyon Etats-Unis dans le Rhône qui émettait cependant des réserves quant à la disponibilité pour le recrutement. Le choix s'est donc porté sur la MSP d'Ambérieu en Bugey.

Dans les suites, un contact a été établi par téléphone auprès d'un des médecins de la MSP, puis un mail contenant la fiche projet de thèse ainsi que la trame de l'entretien lui a été envoyé. Dans un second temps, une rencontre a eu lieu avec l'ensemble des professionnels du site, afin de présenter le projet d'étude, la trame de l'entretien ainsi que la réalisation de l'étude. Après un accord oral, les critères de sélection des patients leur ont été remis.

3.2.2. Type d'échantillonnage

Dans une étude qualitative, la stratégie d'échantillonnage n'a pas pour objectif la représentativité statistique, et peut évoluer au cours de l'étude. Dans le cadre de notre projet, nous avons opté pour un échantillonnage en variation maximale. « Ce type d'échantillonnage est particulièrement adapté lorsque la question de recherche s'intéresse à la diversité des perceptions/opinions/comportements » (48). Dans ce cadre, il nous fallait identifier des variables pertinentes pouvant influencer les résultats. Pour notre projet, ces variables étaient : l'âge, la présence d'une maladie chronique, les motifs de consultation. Une fois ces variables et les classes définies, le recrutement devait comporter des patients pour chacune.

3.2.3. Sélection des patients

A partir des données du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (49), de l'Observatoire de Médecine Générale (50), d'une étude de la DRESS (51) et du travail de thèse de Mme JAMMET Isabelle (52), des critères de sélection ont été établis afin de tenter de représenter une patientèle de Médecin Généraliste.

Ces critères sont disponibles en annexe. Ont été exclus les patients mineurs, ainsi que ceux dont l'état cognitif ne permettait pas la compréhension des questions.

Les critères d'inclusion des patients ont été expliqués lors de la première rencontre avec les professionnels de la MSP, puis délivrés par mail. Les patients étaient sélectionnés par le biais de leur médecin traitant après une explication orale du projet d'étude accompagnée d'un document explicatif (disponible en annexe).

A l'issue de la sélection, faite par les professionnels de santé de la MSP, un premier contact téléphonique était établi afin d'expliquer à nouveau le projet de travail ainsi que les conditions d'entretiens, un rendez-vous était ensuite fixé. Les patients avaient la possibilité de refuser de participer après le premier contact téléphonique. Une première sélection a été effectuée en mai 2016 puis sur l'été 2016 afin de poursuivre les entretiens.

3.3. Consentement

Dès le premier contact téléphonique, le patient interviewé était informé de l'objet et de la finalité de l'étude, ainsi que du déroulement de l'entretien notamment de l'enregistrement audio. En début d'entretien, ces informations étaient réitérées, ainsi que du critère facultatif des réponses.

L'interviewé était également informé du caractère confidentiel des réponses données, de l'anonymat de l'entretien. Une demande auprès de la CNIL a été réalisée.

Le consentement oral de l'interviewé était recueilli.

3.4. La grille d'entretien

La trame de l'entretien a été établie afin de structurer l'entretien et de générer un maximum de réponses. Cette trame a été établie à partir des outils disponibles d'évaluation de la qualité des soins, en particulier de l'EPA, ainsi que de questionnaires de satisfactions utilisés lors de travaux de thèses. Les premières questions avaient pour objectif de qualifier l'échantillon, ensuite une question « brise-glace » était posée afin d'obtenir leur définition de la qualité des soins. Puis, quatre questions ouvertes suivaient (organisation des soins, structures, compétences du professionnel, prévention). Des questions de relance étaient disponibles afin d'aborder des thématiques non évoquées spontanément. Au sein de ces questions ouvertes,

nous cherchions à connaître l'existence des thèmes abordés au sein de la MSP d'Ambérieu. L'entretien se concluait sur une évaluation de la satisfaction des patients et sur d'éventuelles propositions pour la MSP.

3.5. Recueil et Retranscription des données

Le recueil de données s'est effectué à l'aide d'un dictaphone numérique. Un second dictaphone était également présent lors des entretiens afin de palier un éventuel problème d'enregistrement.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits mots pour mots via Microsoft Word. Les éléments non verbaux ont également été notifiés.

3.6. Analyse des entretiens

Le codage des verbatims a été effectué via le logiciel N Vivo pour Mac. Le codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par deux personnes : Madame Aurore LAMALLE, médecin généraliste et moi-même. Les résultats de ce codage ont ensuite été mis en commun afin de permettre une triangulation des données.

L'analyse des données est réalisée selon la méthode de la théorie ancrée ou « *grounded theory* » dans laquelle le codage est ouvert, centré sur la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données (48).

4. RESULTATS

4.1. Caractéristiques des Interviewés

Le Tableau ci -dessous décrit les principales caractéristiques des usagers interviewés.

	Sexe	Age	Situation sociale	Activité Professionnelle	Maladie chronique	ALD	Durée suivi par Médecin traitant actuel	Suivi antérieur par un Médecin Seul	Satisfaction de la MSP
Entretien 1	Femme	67 ans	Mariée, 3 enfants	Retraitée professeur d'EPS	Gammopathie monoclonale	NON	26 ans	OUI	OUI
Entretien 2	Femme	55 ans	mariée, 1 enfant	sans emploi (ancienne responsable d'agence d'intérim) Invalidité	Obésité, Maladie de Fernand Vidal, HTA, DNID, Maladie rénale chronique, thyroïdite auto Immune, Anévrisme cérébral,	OUI		OUI	OUI
Entretien 3	Homme	34 ans	Marié, 1 enfant	Gendarme	NON	NON	5 ans	OUI	OUI
Entretien 4	Femme	64 ans	Mariée, 2 enfants	Retraitée, cadre CPAM	Hypertension Artérielle (HTA), dyslipidémie, DNID, colopathie fonctionnelle, RGO	OUI		OUI	OUI
Entretien 5	Femme	47 ans	Mariée, 2 enfants	active, secrétaire commerciale	HTA, hématurie glomérulaire	NON	33 ans	OUI	OUI
Entretien 6	Homme	79 ans	Marié, 2 enfants	Retraité, Artisan	Leucémie lymphoïde, cardiopathie rythmique (FA) et valvulaire, BBG, endartériectomie carotidienne, BPCO, SAOS, lobectomie droite, hématurie, trouble anxio dépressif	OUI	40 ans	OUI	OUI
Entretien 7	Femme	45 ans	Mariée, 4 enfants	Active, agent technique polyvalent	Chorioréinite	NON	3 ans	OUI	OUI
Entretien 8	Homme	32 ans	en couple, sans enfant	actif, Restauration	Anxiété Généralisée, Pathologie addictive	OUI	6 mois	NON	OUI
Entretien 9	Femme	35 ans	Marié, 1 enfant	Active, Infirmière Libérale		NON	1 an	OUI	OUI
Entretien 10	Femme	83 ans	Divorcée, 6 enfants	Retraitée, aide à domicile	DNID, HTA, cardiopathie rythmique (FA) et ischémique, asthme	OUI	5 ans	OUI	OUI
Entretien 11	Femme	26 ans	Célibataire, sans enfant	Active, employée de banque	Migraine	NON	5 ans	OUI	OUI
Entretien 12	Homme	31 ans	Marié, 1 enfant	Actif, employé EDF, sapeur pompier Volontaire	Rhinite chronique	NON	2 ans	NON	OUI
Entretien 13	Femme	30 ans	Mariée, 2 enfants	Active, agent de voie SNCF	Dysthyroïdie, Syndrome intestin irritable	NON	3 ans	OUI	OUI

Tableau 5 : Caractéristiques des usagers interviewés

4.2. Description des entretiens

Les entretiens ont été effectués sur la période de Juin à Novembre 2016. La retranscription s'est faite dans les suites immédiates ainsi que le codage.

Dès l'obtention de onze entretiens, la saturation des données fut obtenue, deux entretiens supplémentaires ont été effectués afin de confirmer la saturation.

La durée des entretiens était comprise entre vingt-et-une minute pour le plus court et une heure et sept minutes pour le plus long.

Les entretiens se sont tous déroulés au domicile des patients.

4.3. Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

4.3.1. Définition de la qualité des soins

Pour l'ensemble des interviewés, la qualité des soins attrait essentiellement au professionnel de santé en particulier à **l'écoute** du médecin.

Comme l'interviewé 6 verbalise « *la première des choses c'est que le médecin soit à l'écoute du patient* » ou encore l'interviewé 13 pour qui la qualité des soins « *c'est déjà pour moi d'être écouté* ».

En plus de l'écoute, les usagers rapportent que **la prise en charge globale** est un critère de qualité, citant par exemple la prise en compte « *de l'environnement social, familial et professionnel* » (I9) alors que cette notion de prise en charge globale se rapporte à tout autre chose pour l'I12 pour qui « *il y a le diagnostic, la prise en charge et le suivi* ».

La majorité des interviewés évoquent également **la compétence** ainsi que **la justesse diagnostique** comme l'explique l'I12 « *je pense que c'est que le médecin diagnostique bien notre problème* » ou encore « *qu'il trouve quelque chose* » pour l'I13. Pour l'I6, la qualité du soin « *c'est déjà de bien diagnostiquer* ». Pour l'I1, la qualité des soins c'est aussi que « *le médecin soit compétent* ».

A côté des qualités diagnostiques, les usagers interviewés décrivent également que les **explications délivrées par le médecin** font partie intégrante de la qualité des soins. L'I2 explique que, pour elle, la qualité attrait également « *aux explications des médicaments et tout ce qui va après avec la maladie* » par exemple.

Parmi les différents entretiens, les notions de **suivi et de sa régularité** sont des éléments cités comme participant à la qualité des soins. L'expression « *un bon suivi* » est ainsi reprise par trois des interviewés. Un autre interviewé parle « *d'un bon suivi dans la régularité des rendez-vous* ».

Certains usagers ajoutent la **disponibilité du médecin** comme élément participant à la qualité du soin, « *que le médecin soit disponible, qu'il prenne le temps* » alors que l'interviewé 13 ajoute le fait de **rassurer le patient**.

4.3.2. Organisation des soins

4.3.2.1. La DISPONIBILITE

La disponibilité médicale est un des critères de qualité des soins qui ressort sur l'ensemble des entretiens réalisés. Au sein de cette catégorie, plusieurs thèmes sont abordés :

▫ Médecin joignable par téléphone

A l'exception d'un interviewé, pour l'ensemble des usagers le fait que le médecin puisse être joignable par téléphone est un critère de qualité des soins. Comme le dit l'I2 « *on appelle son médecin quand on ne sait pas quoi faire* », « *c'est important parce que c'est des réponses à des questions* » selon l'I7. L'interviewé 9 espère « *qu'on me passera le médecin au téléphone [...] j'aimerais juste un conseil* ».

▫ Rapidité d'obtention des rendez-vous

L'interviewé 3 raconte que dans son lieu de soin « *en appelant le matin on peut avoir un rendez-vous en fin de matinée ou en début d'après-midi* ». L'interviewé 10 déclare que c'est important pour lui que « *la prise de rendez-vous soit facile* » tout comme l'interviewé 11 pour qui c'est important « *d'avoir une place disponible quand on a besoin de consulter et pas attendre six jours avant d'avoir un rendez-vous* ».

▫ Prendre le temps

Il apparaît important pour les usagers de sentir que le médecin « *prenne le temps* » avec eux, « *qu'on ne soit pas avec un médecin qui regarde sa montre et qui au bout d'un quart d'heure allez hop vous sortez* » comme l'explique l'I5. L'I1 pense que la qualité des soins demande un « *médecin qui prenne le temps de faire le diagnostic et qui soit disponible* ».

☒ Visite à domicile

La possibilité de visites à domicile est citée comme critère de qualité. Pour l'I1 que « *le médecin vienne éventuellement à domicile* » est un critère de qualité. Quant aux I2, I6 et I10 trouvent regrettable que leur médecin ne se déplace plus, « *avant il se déplaçait à n'importe quelle heure du jour et de la nuit* » (I10) et pour l'I2 « *c'est mon point noir que les médecins ne se déplacent plus à domicile* ».

☒ Amplitudes horaires dédiées aux consultations

L'apport qualitatif cité par l'I6 est « *que le service est mieux réparti qu'avec un seul docteur* ». L'I2 rapporte « *qu'on a quand même une plage horaire intéressante* » ce qui lui semble un critère important.

4.3.2.2. LA CONTINUITÉ DES SOINS

☒ Présence de créneaux pour les urgences

Au travers des entretiens, l'existence « *de créneaux réservés pour les urgences* » (I1), est perçue comme un gage de qualité des soins, tel que l'évoque l'I11 « *quand vous êtes vraiment mal c'est plutôt agréable d'avoir un rendez-vous rapidement* ». Les interviewés rapportent que dans leur MSP, en appelant en début de journée, il est possible d'obtenir un rendez-vous dans la journée.

☒ Possibilité de voir un autre professionnel

Un critère de qualité cité majoritairement est la possibilité d'être reçu par un autre médecin de la MSP en l'absence de leur médecin traitant notamment dans le cas des situations aiguës ou lors des absences programmées ou non programmées de leur médecin.

I2 : « *s'il n'est pas là et bien je suis orientée vers un autre médecin du pôle* »

I4 : « *c'est un confort très intéressant de savoir qu'on va pouvoir être reçu par un autre médecin si notre médecin est absent* »

I9 : « *qu'il y ait une relève et que le relais puisse être fait au sein de l'équipe* »

I12 : « *et puis s'il y a vraiment besoin de consulter, il y a plusieurs médecins qui peuvent nous recevoir [...] l'accès au médecin est plus facile, il y a toujours quelqu'un* »

☒ Présence sur heures de garde

Une interviewée rapporte qu'il serait intéressant d'avoir un des médecins de la MSP qui soit présent sur les créneaux de garde : *« je regrette qu'il n'y ait pas un médecin du pôle qui soit présent pour les urgences, le soir tard par exemple ».*

☒ Suivi

Au cours des entretiens, la notion du suivi est perçue comme critère de qualité et en particulier sa régularité qu'il s'agisse du suivi des examens complémentaires, des dépistages, de la régularité des rendez-vous.

I12 : *« parfois il y a des médecins qui rappellent quelques jours après pour savoir ou qui envoient une lettre quand ils ont les résultats »*

I4 : *« un bon suivi [...] le suivi dans la régularité des rendez-vous » « le sein, la prévention du cancer colorectal, et en ce qui nous concerne le frottis »*

I6 : *« le suivi est impératif »*

4.3.2.3. GESTION DU TEMPS

☒ Attente en salle d'attente

L'attente en salle d'attente est évoquée par tous les usagers interviewés. Toutefois, si on s'intéresse à la durée d'attente en salle d'attente, les interviewés ne sont pas tous d'accord sur son gage de qualité.

Une minorité semble penser qu'une **attente un peu longue en salle d'attente serait un gage de qualité**, reflétant une certaine disponibilité du médecin.

I1 : *« on attend longtemps [...] il a toujours pris son temps et je pense que c'est un critère de qualité »*

I9 : *« pour moi s'il y a de l'attente ça veut dire que le médecin prend le temps avec le patient donc pour moi ça peut être aussi un gage de qualité qu'il y ait de l'attente en salle d'attente ».*

Pour les autres usagers interrogés, **l'attente ne doit pas être trop longue**, afin d'être un critère de qualité.

I13 : « *c'est vrai que le fait qu'il n'y ait pas trop d'attente à chaque fois* »

I11 : « *attendre c'est pas forcément des plus agréables* »

I4 : « *qu'on attende pas* »

I2 : « *j'ai la chance d'avoir un médecin qui ne me fait pas attendre* »

Une personne exprime que, pour elle, une attente un peu longue en salle d'attente est « *un manque de respect pour les patients* ».

▣ Fonctionnement sur rendez-vous

L'organisation du temps de travail, en particulier le fonctionnement sur rendez-vous est rapporté comme inhérente à la qualité des soins.

I4 : « *être avec un médecin dont on sent que son temps est très organisé, que ses rendez-vous sont bien programmés* »

I5 : « *maintenant on a des rendez-vous et je trouve qu'on perd moins de temps* »

I7 : « *après les rendez-vous c'est mieux* »

Néanmoins, ce fonctionnement sur rendez-vous est mis en bémol, décrit dans nos entretiens comme « *un peu fonctionnaire quoi* » « *toujours un peu fonctionnaire avec son jour de repos, le mercredi* ».

4.3.2.4. PLURIPROFESSIONNEL

▣ Présence de différents professionnels de santé

La MSP d'Ambérieu est, comme cité plus haut, une MSP multisite. Lors des entretiens, on remarque que les patients semblent peu informés sur ce regroupement pluriprofessionnel mais paraissent croire qu'il s'agit d'un regroupement uniquement de médecins généralistes.

Ainsi des usagers déclarent qu'il serait intéressant dans le cadre de la qualité des soins qu'il y ait des **professionnels paramédicaux** sur le même site tels que des infirmières et kinésithérapeutes en particulier.

I2 : « *qu'à l'intérieur on puisse y trouver des infirmières, kinésithérapeutes c'est ça aussi qui est intéressant* »

I13 : « avoir plusieurs professionnels ça c'est l'idéal » « ça facilite vachement la vie des patients »

I11 : « c'est intéressant que tout soit regroupé au même endroit on n'a pas besoin de courir de l'autre côté de la ville pour l'infirmière »

Certaines personnes interviewées évoquent la présence de **professionnels médicaux** autre que les médecins généralistes.

I2 : « pas assez d'autres professionnels médicaux »

I9 : « si on est amené à voir d'autres professionnels comme un kiné ou encore un médecin nutritionniste »

Une personne aimerait également la présence de **médecines alternatives** au sein de la MSP.

I2 : « certaines médecines comme l'hypnose ou l'homéopathie par exemple »

La présence d'une **infirmière ASALEE** dans la MSP est relatée comme un critère de qualité.

I2 : « il y a Carole, une infirmière qui est rattachée au pôle de santé et qu'on peut consulter très facilement »

I4 : « il y a une infirmière qui vient au pôle de santé et avec laquelle on peut prendre rendez-vous »

☒ Coordination et orientation vers d'autres professionnels

L'orientation vers des médecins spécialistes ainsi que **les relations entretenues avec ces spécialistes** sont des notions jugées comme importantes par nos interviewés en terme de qualité des soins.

I7 : « il m'a toujours bien orienté sur là où je devais aller, sur les médecins que je devais aller voir »

I1 : « qu'il m'oriente sur des personnes compétentes »

I6 : « parce que vous voyez de l'un à l'autre ils prennent les rendez-vous quand il faut »

I9 : « il y ait une communication au sein des différents médecins »

I13 : « ils se connaissent entre eux donc ça peut permettre de parler plus ou moins du patient »

Par ailleurs, une personne évoque **la confiance envers les autres professionnels** vers lesquels ils sont orientés via leur médecin traitant

I9 : « *pratique d'un point de vue délai et surtout confiance du médecin [...] on a quand même confiance en lui donc si on est amené à voir un autre professionnel [...] ça serait important qu'il puisse nous conseiller* »

☒ Réunion interprofessionnelle – entraide entre professionnels

Afin d'optimiser la qualité des soins, l'apport de **réunion entre les professionnels de santé**, en particulier entre les médecins, leur permettant ainsi un échange sur des cas complexes par exemple, est valorisé au travers des entretiens.

I13 : « *participation à des réunions avec ses confrères* »

I12 : « *qu'il se concerte avec ses collègues ça fait toujours un plus* »

I11 : « *ils peuvent s'échanger sur des patients quand ils ne savent pas* »

I1 : « *ils ont des réunions* » « *ils peuvent l'évoquer au cours de ces réunions* »

Quelques-uns des usagers évoquent également **l'entraide entre médecins** au cours des consultations.

I1 : « *de temps en temps chez un autre médecin* »

I6 : « *avant ils étaient isolés alors que là, en groupe, ils se concertent* »

I7 : « *l'entraide entre tous les médecins* »

I9 : « *ça lui arrivait de ne pas savoir, à ce moment-là, il appelait ses collègues pour avoir des conseils* » « *je préfère à la rigueur qu'il demande* »

☒ Dossier médical partagé

L'intérêt de l'accès au dossier médical / d'un **dossier médical partagé** au sein des MSP est décrit comme favorisant la qualité des soins.

I2 : « *qui a mon dossier* »

I6 : « *bien : si on a un problème entre temps les autres docteurs ont accès à mon dossier, donc quel que soit le médecin* »

I7 : « *ils regardent sur l'ordinateur, ils ont tout notre dossier* »

I11 : « *il a accès à votre dossier* »

4.3.2.5. FORMATION

☒ Formation continue

Au travers des entretiens, il semble important que les professionnels de santé poursuivent une formation continue. Comme peut l'exprimer l'I11 « *la médecine évolue tout le temps donc c'est vrai que c'est plutôt bien que le médecin soit assez alerte des nouvelles choses, intéressant voire important qu'il continue de se former* » ou encore l'I9 pour qui « *c'est important d'avoir une formation continue tout au long de sa carrière, de continuer à apprendre, rien n'est jamais acquis, les techniques évoluent, les soins évoluent* ».

☒ Présence d'un étudiant

L'accueil d'un étudiant semble apporter une plus-value en favorisant des échanges de connaissances et de compétences. Selon l'I10 « *la présence d'un étudiant, d'un interne c'est important parce qu'il faut aussi que chacun apprenne son métier* ».

I13 : « *pour moi c'est important qu'il y ait un étudiant* »

I2 : « *oui c'est important les étudiants, il est en train de montrer aux autres* »

I9 : « *après c'est bien et important qu'il puisse y avoir des étudiants, qu'ils apprennent [...] le fait qu'eux aussi soit encore en étude, ils peuvent apporter des choses au médecin* »

4.3.3. Organisation de la structure

4.3.3.1. LE SECRETARIAT

☒ La présence du secrétariat

Tous les patients rapportent que l'**existence du secrétariat** est un avantage pour la qualité des soins. L'intérêt du secrétariat, pour la prise des rendez-vous, est particulièrement cité au travers des entretiens.

I3 : « *c'est intéressant d'avoir une secrétaire pour la prise de rendez-vous* »

I4 : « *c'est certainement un plus [...] la secrétaire médicale oui je vais voir avec elle pour qu'elle me donne un rendez-vous ou qu'elle me passe le médecin* »

I10 : « *les secrétaires pour les rendez-vous c'est mieux* »

I1 : « *quelqu'un qui répond systématiquement* »

Des patients évoquent également l'intérêt de **leur présence sur place** et **d'un échange avec elles**, autant pour la prise de rendez-vous, que dans l'accueil et l'orientation au sein de la structure.

I9 : « *c'est bien qu'il y ait deux personnes voire trois pour la fluidité du passage* »

I8 : « *les secrétaires devant nous* »

I11 : « *qu'il y ait une personne à l'accueil pour nous orienter* »

I12 : « *elles sont sur place, parfois elles sont deux parfois seules, au moins on a un échange physique* »

I2 : « *elles font un boulot monstre* »

Leur rôle **d'orientation des patients** dans la structure est également cité comme gain de qualité.

I9 : « *les orienter, enfin c'est important* »

I13 : « *ben déjà nous indiquer les salles d'attente et ça permet aussi de savoir le médecin où il en est* »

▣ Meilleures conditions de travail pour les professionnels

Parmi l'apport qualitatif d'un secrétariat, les usagers rapportent que le professionnel de santé dispose d'**un confort de travail**.

I6 : « *le docteur, je pense que, pour lui, ça doit lui faciliter son travail* »

Les usagers expliquent que cela permet au médecin **d'être moins dérangé lors de la consultation**.

I5 : « *le médecin n'est pas dérangé pendant la consultation, il est 100% avec le malade, je pense que c'est important qu'il ne soit pas dérangé toutes les cinq minutes par le téléphone* »

I3 : « *ça évite d'être dérangés pendant la séance. Je préfère qu'il soit occupé avec ses patients plutôt qu'à répondre au téléphone* »

I8 : « *pour le médecin aussi j'imagine que c'est mieux parce que s'il devait s'amuser à répondre aux appels, il pourrait pas se consacrer des masses aux patients* »

I12 : « *le médecin n'est pas dérangé toutes les cinq minutes par un coup de téléphone* »

I13 : « *il est concentré sur nous, donc c'est vrai que c'est mieux* »

Certaines personnes pensent que les secrétaires permettent aussi un **gain de temps** au médecin.

I8 : « *c'est un gain de temps pour le médecin* »

I10 : « *ça leur fait gagner du temps qu'ils n'ont pas à interrompre avec les malades pendant ce temps-là* »

I13 : « *perdre moins de temps* »

⌘ Filtre du secrétariat

Ces avantages du secrétariat sont mis en bémol par certains des usagers estimant que les secrétaires forment un filtre par rapport au médecin.

I1 : « *filtre au niveau des secrétaires* »

I2 : « *un barrage des secrétaires* » « *parfois on a des difficultés à avoir le médecin, c'est gênant* »

Bien que la présence du secrétariat soit plébiscitée pour la prise de rendez-vous, les patients déclarent cependant ne pas se confier aux secrétaires.

I3 : « *mais moi mon contact c'est mon médecin* »

I4 : « *mais si j'ai un problème, je ne vais pas l'exposer à la secrétaire médicale* »

4.3.3.2. ACCUEIL

La qualité de l'accueil est un critère cité par la majorité des patients interrogés. Pour une personne, la qualité de l'accueil – qu'il soit fait par les secrétaires ou le médecin – serait un reflet du cabinet.

I1 : « *être bien accueillis* »

I2 : « *l'accueil c'est quelque chose de très important qui reflète une bonne qualité forcément* »

I7 : « *être bien accueillie aussi bien physiquement qu'au téléphone* »

I9 : « *il faut que l'accueil, déjà, d'emblée, soit bien fait, qu'on puisse conseiller les gens* »
« *les accueillir, les mettre en confiance* »

I11 : « *c'est aussi important, aussi quand vous appelez, ou que vous arrivez, qu'elles vous disent bonjour, c'est un minimum* ».

4.3.3.3. ACCESSIBILITE

☒ La situation géographique

La **localisation géographique** est décrite par les interviewés comme un critère de qualité. En effet, le fait que la maison de santé soit située en ville et, **facilement accessible en voiture**, semble être important.

Dans le cas particulier d'Ambérieu en Bugey, le groupement médical est situé à proximité du laboratoire d'analyses médicales, d'un centre de kinésithérapie, d'un centre de vente de matériel médical, de la clinique d'Ambérieu. Cette situation semble être un point positif pour les patients.

I2 : *« c'est bien placé, à côté de la clinique, du laboratoire »*

I4 : *« pas trop éloigné de la ville, assez proche du centre » « ne soit pas isolé »*

I7 : *« on a tout ce qu'il faut aux alentours, on n'a pas besoin de faire des kilomètres pour faire une radio ou l'infirmière »*

I12 : *« proche de chez nous, assez proche de la clinique. Il y a le laboratoire d'analyses médicales aussi » « facilement accessible »*

I1 : *« facile d'accès »*

Quelques usagers regrettent cependant le manque de panneaux indicateurs, dans le cas particulier, d'Ambérieu en Bugey. Il semble ainsi important **que la MSP soit bien indiquée** dans la ville.

I13 : *« dommage que ce ne soit pas trop indiqué »*

I12 : *« il manquerait un panneau ou deux »*

I9 : *« des panneaux sur la route »*

Par ailleurs, au travers des entretiens, **l'orientation au sein de la structure** serait un reflet de qualité. Si on se fie aux propos des usagers concernant la MSP d'Ambérieu en Bugey, la présence de panneaux indicateurs à l'intérieur de la structure serait importante.

I2 : *« on est orienté »*

I6 : *« des panneaux pour chaque docteur »*

I11 : *« que ce soit organisé, quand on arrive pour la première fois qu'on sache où on doit aller »*

☒ La présence d'un parking

Les interviewés rapportent l'intérêt d'un parking pour la structure de soins, facilitant son accessibilité.

I6 : *« ils ont un grand parking avec un accès direct au cabinet »*

I7 : *« pouvoir se garer facilement »*

I8 : *« un grand parking, qu'il n'y ait pas de problème de pour se garer »*

I9 : *« un parking pour se garer »*

I11 : *« il y a un grand parking dédié au pôle médical »*

I13 : *« facilité pour se garer »*

☒ Accessible par transport en commun

L'accessibilité par les transports en commun est un élément repris par plusieurs interviewés comme un critère significatif de qualité.

I4 : *« qu'il y ait un service de transport en commun qui desserve ce genre de structure »*

I7 : *« par le bus, oui oui, bien sûr, c'est important, parce que pour les personnes qui ne sont pas véhiculées... »*

I11 : *« il y a le bus juste en face »*

I12 : *« même via les transports en communs »*

☒ Normes handicapées

Une partie des personnes interrogées estiment que la structure de soins doit permettre l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

I7 : *« accessible aux personnes à mobilité réduite »*

I9 : *« pour les personnes handicapées, qu'il n'y ait pas d'escalier, que les couloirs soient, mine de rien, assez larges »*

I10 : *« un plein pied »*

I11 : *« l'accessibilité, un truc bête mais quand vous arrivez avec un fauteuil roulant ou bien une poussette et bien vous pouvez ouvrir les deux portes »*

I12 : *« de plein pied donc accessible aux handicapés »*

4.3.3.4. QUALITE DU LIEU

☒ Hygiène

Au cours des entretiens, lorsque le lieu du soin est évoqué, c'est la notion d'hygiène et de propreté des lieux qui est citée en premier lieu.

I2 : « *c'est très propre* »

I3 : « *juste un peu propre* »

I6 : « *la salle d'attente, tout est propre partout, c'est nickel* »

I7 : « *l'hygiène, la propreté. L'hygiène aussi bien des locaux que sur lui* »

I9 : « *que son cabinet soit propre* »

I13 : « *l'hygiène, que ce soit toujours propre* »

☒ Agencement

L'aménagement du cabinet, et, en particulier, le fait que chaque **médecin dispose de sa salle d'attente** sont des données ayant une importance en terme de qualité.

I1 : « *bien agencé* » « *il y a des cellules qui sont pour chaque médecin* »

I6 : « *il y a une salle d'attente pour un docteur* »

I8 : « *c'est bien aménagé, il y a une salle d'attente pour chaque médecin* »

I9 : « *que chaque médecin ait sa salle d'attente* »

Deux personnes évoquent également le **confort de la salle d'attente**.

I7 : « *être bien installés en salle d'attente* »

I11 : « *la salle d'attente n'est pas désagréable* »

Pour d'autres interviewés, il semble important que **le lieu soit spacieux**.

I12 : « *c'est spacieux* »

I9 : « *que ce soit aéré grand large, qu'il y ait de la luminosité, que ce soit aéré* »

Il est aussi évoqué lors des entretiens, **la confidentialité**.

I2 : « *confidentialité* »

I9 : « *pas collé à l'autre non plus d'un point de vue secret professionnel* »

I12 : « *il faut que ce soit bien isolé* »

▣ Les équipements

Parmi les équipements cités comme inhérents à la qualité du lieu de soin, on retrouve **la présence de sanitaires**.

I7 : « *s'il y a des toilettes* »

I12 : « *la présence de toilettes* »

Une personne parle également du **confort du lieu** précisant « *si c'est bien chauffé l'hiver et bien ventilé l'été* » (I7).

La majorité des interviewés parlent aussi des **occupations en salle d'attente**, telles que **de la lecture** en citant l'exemple de la MSP étudiée.

I13 : « *pour les adultes, il y a les magazines* »

I9 : « *des prospectus* »

I7 : « *il y ait de la documentation* »

I2 : « *toujours de bonne lecture* »

Une personne parle spontanément de **musique en salle d'attente** disant que pour elle « *il n'y ait pas spécialement de musique* » voire même au contraire que « *ça reste relativement calme* ».

La présence d'un **coin enfant** avec des jeux et des lectures est relevé par des interviewés regrettant son absence dans la structure actuelle.

I6 : « *pour les enfants un petit coin pour dire de jouer* »

I9 : « *un coin enfant* » « *des livres pour les enfants* »

I11 : « *il manque des jeux pour les enfants pour les occuper* »

I12 : « *des petits jeux pour occuper les enfants* »

I13 : « *manque 2-3 jeux pour les enfants* »

▣ Décoration

Plus de la moitié des interviewés estiment qu'une structure agréable fait partie des critères de qualité.

I1 : « *jolie structure qui est agréable* »

I2 : « *c'est très accueillant* »

I8 : « *c'est beau* »

I11 : « *la décoration* »

I13 : « *c'est récent* »

⌘ Lieu du soin peu important

Bien que pour la majorité des interviewés la qualité des soins soit en partie liée au lieu du soin, une personne dit que pour elle cela reste accessoire et que seul le professionnel de santé lui importe.

I2 : « *pour moi c'est pas trop trop important, ce n'est pas quelque chose de primordial* »

4.3.3.5. INFORMATIONS SUR FONCTIONNEMENT

⌘ Horaires d'ouverture du pôle

Apporter une information relative au fonctionnement de la maison de santé, est régulièrement rapportée dans nos entretiens, en particulier sur les horaires d'ouverture et les jours de présence des médecins.

I2 : « *c'est important ça évite de se pointer si on n'a pas pris rendez-vous* »

I4 : « *on sait les jours où il consulte, on sait les heures* »

I11 : « *les horaires d'ouverture sont notés sur la porte quand vous arrivez, vous avez tous les noms des médecins* »

I12 : « *on sait que ça ouvre à 8h et quand ça ferme* »

⌘ Conduite à tenir sur les horaires de fermeture

En plus des horaires et jours de présence, les personnes interrogées précisent qu'il est nécessaire d'avoir une conduite à tenir sur les horaires de fermeture de la MSP. Ces informations devraient être **facilement accessibles via un affichage ou encore sur le répondeur téléphonique**.

I4 : « *qu'il y ait une signalétique et qu'ils donnent tous ces renseignements pour qu'on puisse y avoir accès facilement, savoir où est-ce qu'on peut se diriger* »

I9 : « j'ai été orientée sur le répondeur téléphonique en me disant les horaires d'ouverture et qu'en cas d'urgence il fallait faire le 15. Il y avait un écriteau en face de moi dans la salle d'attente. Pour moi c'est important que ce soit signalisé »

I11 : « ils les donnent sur leur répondeur téléphonique quand le cabinet est fermé : ils donnent la conduite à tenir » « qu'il y ait des informations qui soient affichées »

I12 : « le fait qu'on m'ait expliqué c'est bien » « sur le répondeur téléphonique, je crois que c'est affiché aussi »

4.3.4. Compétences du médecin

4.3.4.1. Compétences RELATIONNELLES

☒ La relation avec le médecin

Pour l'ensemble des personnes interviewées la qualité de la relation avec le médecin semble être un critère essentiel de qualité des soins.

Parmi ce relationnel, **l'échange avec le médecin** est cité de nombreuses fois :

I1 : « qu'il y ait un échange entre les deux »

I2 : « le relationnel avec son médecin » « un lien autre que le malade simplement dans la maladie »

I3 : « moi ce qui m'importe c'est le relationnel avec le médecin »

I4 : « quelqu'un avec qui je peux discuter »

I7 : « courtoisie »

I9 : « être beaucoup dans le relationnel, qu'il soit assez proche de la personne » « qu'il y ait un très bon contact » « qu'il s'intéresse à la personne »

I10 : « il est humain »

I11 : « qu'on puisse discuter avec lui, c'est un échange entre le médecin et son patient, qu'on puisse discuter » « qu'il se mette à notre hauteur »

I12 : « qu'il ne prenne pas de haut les gens »

I13 : « ça y fait beaucoup le relationnel avec son patient »

L'image du médecin généraliste, son statut particulier de « **médecin de famille** » est évoqué au travers des entretiens.

I1 : « il y a toujours le moment où on parle de choses et d'autres, il prend des nouvelles des enfants » « c'est le médecin de famille »

I9 : « d'ailleurs à force de connaître son patient en rentrant il a déjà remarqué qu'il y avait quelque chose sur le visage "oh oh ça ne va pas" »

I13 : « c'est pas comme les médecins de famille qui m'avaient connus adolescentes etc... ben c'est pas le même contact » « pas aussi proche »

Un médecin décrit comme « **humain** » est également repris par certains patients.

I9 : « que le médecin reste humain »

I10 : « il est humain »

I12 : « qu'il soit humain »

La notion de **confiance** entre patient et médecin est un élément rapporté au cours des entretiens.

I2 : « climat de confiance »

I4 : « une très bonne confiance » « énormément de confiance en lui »

I6 : « ça donne confiance »

La prise en charge psychologique

La moitié des patients interviewés évoque que l'accompagnement psychologique, « la prise en charge globale » et pas uniquement somatique, est un critère à prendre en compte lorsqu'on évoque la qualité des soins.

I1 : « prendre le temps de discuter des choses qui ne sont pas simplement physiques »

I2 : « avoir en face de nous quelqu'un qui nous comprend, qui nous permette d'avancer sans s'écrouler »

I4 : « parce que mon médecin est, à la fois, presque mon confident » « j'allais le voir pas spécialement pour ça, il prenait le temps de m'écouter et tout ça »

I6 : « avant on n'osait pas parler au médecin maintenant on a la parole plus facile » « il creuse pour savoir, un peu psy quoi »

I8 : « avoir un côté plus psychologique p'tête, essayer de déceler les problèmes peut être plus profonds »

I9 : « prise en charge globale »

I13 : « rassurer la personne, elle sait voilà quand j'étais pas bien finalement elle le savait elle me faisait parler quelques minutes et voilà elle le savait que ça n'allait pas » « il y a des périodes où on se confie plus nous aussi »

☒ L'empathie

L'idée d'empathie est également citée.

I2 : « *empathie. Il comprend bien les choses* »

I3 : « *il comprend bien les choses* »

I10 : « *de la compréhension de la part des docteurs* »

☒ L'humilité

Des personnes interviewées se disent rassurées et bien prises en charge lorsque leur médecin reste humble et leur dit lorsqu'il ne sait pas. Par conséquent, qu'il se renseigne et n'hésite pas à faire appel à ses collègues apparaît comme un critère de qualité.

I13 : « *c'est important quand on sait pas de reconnaître et demander à quelqu'un qui peut le savoir* »

I11 : « *je trouve ça plutôt rassurant qu'un médecin puisse nous dire « et bien je ne sais pas mais on va chercher » »*

I10 : « *pas d'orgueil ni quoi que ce soit* »

I4 : « *que le médecin dise je ne sais pas attendez je vous dirige vers un autre ou bien je me renseigne, c'est très important* »

4.3.4.2. Compétences TECHNIQUES

☒ L'exhaustivité clinique

En évoquant les compétences du professionnel, l'idée d'une exhaustivité clinique émerge de l'ensemble des entretiens, participant ainsi, aux yeux des interviewés, à la qualité perçue.

I1 : « *quelqu'un qui fait un peu le tour de tout quand on y va* »

I2 : « *il essaye de vraiment savoir ce qu'il y a et pas juste de vous faire une ordonnance, il va chercher le petit détail pour savoir le pourquoi du comment* »

I6 : « *qu'il nous ausculte correctement une fois qu'il nous a mis sur son truc [table d'examen] en slip, j'écoute ici, j'écoute là hop terminé, je tape là je tape là, le poids la tension et tout* »
« *être attentif à tout* »

I8 : « *après prendre toutes les constantes... la tension, le cœur* » « *tension cœur poids taille palper le ventre un peu à droite à gauche s'il y a des douleurs, les réflexes* »

I9 : « *c'est vraiment tout, neurologique, hémodynamique, tout est pris en compte* »

☒ Une réponse thérapeutique adaptée

La moitié des personnes interrogées semblent satisfaites d'avoir accès à un professionnel qui réponde à leurs attentes en terme de prise en charge.

I6 : « *les soins correspondaient toujours à la maladie* »

I7 : « *il arrive à me donner un traitement* »

I11 : « *qui soigne ce pourquoi on est venu* »

I12 : « *y apporte une réponse* » « *qu'il nous bourre pas de médocs parce que y a des médecins c'est toujours des médocs au taquet* »

I13 : « *pouvoir soigner* » « *que je reparte avec ce qu'il faut pour me soigner* »

☒ L'explication aux patients

Au fil des entretiens, on s'aperçoit que les usagers attachent une importance singulière aux explications délivrées par le professionnel, en lien avec leur état de santé et leur prise en charge.

I2 : « *l'explication des médicaments et de tout ce qui va après avec la maladie* »

I3 : « *qu'il réponde à mes questions, qu'il explique bien* »

I7 : « *la qualité de ses paroles déjà, de ses explications du problème* » « *il explique bien les choses* »

I9 : « *explications sur conseils médicaux, paramédicaux et conseils, et conduite à tenir en cas de problème* » « *le pourquoi du comment* »

I11 : « *qu'il se mette à notre place enfin je veux dire à notre hauteur [...] que s'il nous parle des médicaments et qu'on ne sait pas trop ce que c'est...voilà pour moi c'est important qu'on sache ce qu'on prend au niveau des médicaments* » « *qu'on sache les soins* »

☒ La décision partagée

Corolaire aux informations délivrées, la possibilité de pouvoir être acteur de leur prise en charge est une idée émergente des entretiens, relative là aussi d'une qualité des soins perçue.

I2 : « *ben je participe, il me guide [...] améliorer ma santé* »

I11 : « *si le médecin propose quelque chose, voir si le patient est d'accord ou pas. Il est médecin mais c'est quand même nous que ça touche donc c'est vrai qu'avoir notre mot à dire sur ce qu'il propose ou essayer de trouver une alternative c'est important* »

4.3.5. La prévention

4.3.5.1. Thèmes à aborder en prévention

☒ Hygiène de vie

- Facteur de risque cardiovasculaire

La majorité des patients semble attacher une importance à la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires. Ainsi, les patients évoquent des **maladies chroniques telles que « le diabète »** (interviewés 2, 4 et 7) ou encore « **les maladies cardiaques** » pour l'interviewé 11. Quelques usagers citent les **habitudes alimentaires** afin de limiter **les risques d'obésité et de dyslipidémies**.

I8 : « *manger équilibré* »

I9 : « *l'alimentation, le problème du diabète de l'obésité et donc risque de cholestérol* »
« *prévenir le risque de maladies cardiovasculaires* »

A côté des habitudes alimentaires, **la pratique du sport** est également citée.

I8 : « *le sport, faire du sport* »

I9 : « *sensibiliser par rapport au sport* »

Deux autres interviewés évoquent plus généralement « **hygiène de vie** » sans préciser leur idée.

- Les conduites addictives

Parmi les conduites addictives relatées dans les entretiens on retrouve :

Le tabac :

I11 : « *ben il y a la cigarette* »

I10 : « *pas tant fumer* »

I9 et I8 : « *le tabac* »

L'alcool :

I8 : « *l'alcool* »

I9 : « *tout ce qui est alcoolémie* »

I10 : « *l'alcool aussi* »

Les drogues :

I8 : « *éviter les drogues* »

I10 : « *les drogues aussi* »

☒ Cancer

Au travers des entretiens, les usagers estiment qu'il est nécessaire de sensibiliser la population aux différents cancers.

I3 : « *prévention pour le cancer* »

I6 : « *les séries de cancer* »

I11 : « *certains cancers comme le cancer du sein, cancer de la prostate* »

Les types de cancer les plus cités sont le cancer colorectal, le cancer du sein ainsi que les cancers du col de l'utérus et de la prostate chez l'homme.

☒ La vaccination

La vaccination ressort comme une partie importante des mesures préventives. Certains des usagers appuient leur propos en prenant l'exemple de leur médecin, le qualifiant « d'organisé » vis à vis des vaccins, leur en parlant lorsque l'échéance arrive.

I2 : « *il faut se faire vacciner* »

I4 : « *le vaccin* » « *ils organisent les vaccinations* »

I8 : « *la vaccination, ça aussi, c'est important* »

I13 : « *la vaccination pour la prévention pour les jeunes filles pour le papilloma virus" " la vaccination en général* »

☒ Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Un quart des interrogés déclarent qu'il faudrait intégrer les IST dans les thèmes de prévention actuels.

I8 : « *les MST* » « *dire de se protéger quand on couche avec quelqu'un* »

I9 : « *par rapport au SIDA, aux maladies sexuellement transmissibles* »

I13 : « *maladies sexuellement transmissibles* »

☒ Allergie

Une personne pense qu'il serait intéressant d'intégrer les allergies au sein des mesures préventives.

I2 : *« les allergies, je trouve qu'on a de plus en plus d'allergies qu'elles soient alimentaires ou autres, je ne sais pas je trouve que c'est un peu laissé de côté tout ça. Et je trouve que, de plus en plus de gens, sont allergiques »*

☒ Troubles cognitifs

En parallèle du vieillissement de la population, prévenir et dépister les pathologies démentielles sont des notions rapportées par les usagers.

I7 : *« bah y'a Alzheimer »*

I11 : *« les maladies comme Alzheimer, Parkinson »*

☒ Douleur chronique

Deux des interviewés évoquent également la notion de douleurs chroniques, pour lesquelles il faudrait informer.

I11 : *« l'arthrose »*

I7 : *« tout ce qui est tendinite, mal de dos »*

☒ Autre

- Accidents domestiques, chutes

C'est une idée émergeant des entretiens : informer les parents quant aux risques domestiques pour leurs enfants mais aussi, les personnes âgées et leurs proches, par rapport aux risques de chute à domicile.

I9 : *« les chutes » « tout ce qui est les chutes chez les personnes âgées » « par rapport à tous les dangers domestiques : tout ce qui est brûlure, tout ce qui est produits toxiques »*

- **Les risques liés aux écrans**

Le risque lié aux écrans ou encore la musique à des niveaux sonores élevés sont cités par une personne comme élément de prévention.

I9 : « tous les gamins les jeunes sont maintenant avec des écouteurs sur les oreilles, ils vont devenir sourds avant l'heure avant l'âge je pense qu'il y a une grosse prévention à faire par rapport à ça » « tous les écrans maintenant avec les télé, les i-phones et les risques, de tout ce qui est la vision myopie par exemple il y a tout un tas de choses »

- **Le secourisme**

I12 : « un peu de secourisme »

- **Maladies Rares**

Une idée isolée est relative à la recherche sur les maladies rares et la nécessité d'en faire prendre conscience auprès de la population.

I6 : « il faut faire des recherches parce que je pense qu'il y a pas mal de maladies infantiles »

4.3.5.2. Les Moyens utiles pour la prévention

⌘ Prévention individuelle

Tout comme les médecins généralistes, les interviewés estiment que la prévention devrait être individuelle et faite par leur médecin traitant.

I2 : « je pense qu'il faut être informé par son médecin traitant »

I9 : « ben il y a déjà le médecin, ça peut beaucoup passer par le médecin traitant qui est mine de rien une personne de conseils et de confiance »

I11 : « tout ce qui est en consultation, expliquer aux patients » « quand votre médecin vous en parle »

I13 : « quand on se rend chez le médecin »

⌘ Le Dépistage Organisé

Huit personnes citent l'existence du dépistage organisé, en particulier, dans le cadre des cancers, comme moyen utile de faire de la prévention.

I1 : « *les dépistages sont systématiques* »

I2 : « *comment ça s'appelle l'OLC on reçoit nos examens donc on les fait, c'est un bon moyen* »

I4 : « *toutes ces campagnes, tous ces dépistages* » « *les campagnes nationales* » « *peut être envoyer comme quand on reçoit des courriers par exemple pour les dépistages* »

I11 : « *un courrier de la sécurité sociale* »

I12 : « *à partir d'un certain âge on reçoit une lettre à la maison* »

▣ Examens Paracliniques

Parmi les moyens cités, on retrouve le recours aux examens paracliniques.

I1 : « *analyses et les choses comme ça* »

I3 : « *tout ce qui est imagerie* »

I6 : « *les prises de sang* »

I7 : « *par des prises de sang, des examens tout ce qui est radio* »

I8 : « *les examens qu'on fait régulièrement* » « *il faudrait des rappels d'un peu de tout régulièrement* »

▣ Groupes de parole

Pour des personnes interrogées, organiser des groupes de patients autour d'une maladie chronique : ses symptômes, ses traitements, ses conséquences et son retentissement socioprofessionnel serait un moyen pertinent de faire de la prévention.

Ces groupes pourraient être organisés dans des structures de soins et dirigés par des professionnels de santé, comme par exemple, lors des séances d'éducation thérapeutique autour du diabète.

I2 : « *au sein des hôpitaux ou même des pôles de santé [...] rassembler certaines personnes [...] pour améliorer la qualité. Des groupes d'échange, c'est hyper important avec un médecin quand même là* »

I8 : « *faire des réunions pourquoi pas gratuites. Des rassemblements autour de ça* »

▣ La médiatisation

Les usagers interviewés expliquent qu'il pourrait être utile d'utiliser les moyens médiatiques afin de faire de la prévention.

I13 : « *tout ce qui est télévisuel* »

I12 : « *il y a la télé, toutes les nouvelles technologies, un paquet de pub à la télévision* »

I9 : « *la télé, la radio* » « *les pubs* » « *les supports médiatiques* »

I8 : « *les médias, les campagnes publicitaires* » « *les spots publicitaires* »

☒ Affiche

Quelques usagers pensent que l'utilisation de supports papiers tels que des affiches voire même des magazines mis à leur disposition dans les salles d'attente par exemple, pourrait être un bon support de prévention.

I9 : « *plein d'affiches partout, préventives par rapport au tabac, aux chutes* » « *des affiches des pancartes* » « *un peu plus d'affiches dans les salles d'attente, de la prévention dans les salles d'attente* »

I11 : « *informations qui soient affichées, informations médicales* »

I12 : « *par des affiches* »

I13 : « *les flyers surtout ou les dépliants* »

☒ Prévention scolaire

Trois personnes estiment qu'il faudrait organiser de la prévention dès l'enfance au sein des établissements scolaires.

I4 : « *prévention et informations au niveau des écoles* »

I8 : « *de la prévention dans les collèges* »

I9 : « *aussi à l'école éventuellement, les instits* »

☒ Centre de Médecine Préventive

L'existence de centres de médecine préventive, comme les centres d'examen de l'Assurance Maladie ou les consultations de prévention organisées par la MSA est une notion qui émerge des entretiens.

I4 : « *des centres de médecine préventive* »

▣ Le suivi de la prévention

Pour une personne interviewée, il apparaît important d'effectuer un suivi de la prévention, de s'assurer que les choses mises en place ou évoquées soient appliquées et efficaces.

I9 : « *qu'il y ait un suivi dans la prévention* » « *quelqu'un qui intervient à domicile justement ou soit avec des paramédicaux, des libéraux* »

5. DISCUSSION

5.1. Les Faiblesses de cette étude

5.1.1. Limite du type d'étude

Cette étude qualitative aborde la perception des patients dans le cadre de la qualité des soins. Il s'agit de recueillir leur opinion et leur critère de jugement de cette qualité en faisant également appel à leurs souvenirs de prise en charge. Ce type de recueil se heurte ainsi à ce que les interviewés veulent bien nous livrer et aux souvenirs qu'ils peuvent se remémorer.

Une étude quantitative de la qualité des soins, qu'elle soit quasi expérimentale ou non expérimentale, aurait pu être envisagée, elle nous aurait cependant imposé de définir les dimensions de la qualité des soins à étudier. De plus, elle ne nous aurait pas permis de définir des critères, mais d'en évaluer les conséquences sur la qualité selon les dimensions choisies.

5.1.2. Limites liées au recueil des données

5.1.2.1. La grille d'entretien et ses modifications

La grille d'entretien utilisée avait pour objectif de recueillir les critères de qualité d'un point de vue général ainsi que par une approche particulière de la MSP d'Ambérieu en Bugey. Ainsi, ce choix de grille d'entretien permettait surtout de faire ressortir, par l'exemple, les critères de qualités, qu'ils soient ou non présents sur la structure d'Ambérieu en Bugey, limitant, de ce fait, leur interprétation.

Par ailleurs, les premiers entretiens ont permis de tester la grille d'entretien. Devant la mauvaise compréhension de certaines questions, celle-ci a été modifiée au cours du recueil de données. « Ce canevas reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien ».

5.1.2.2. Les biais internes

Afin de limiter les biais internes, une attitude empathique a été adoptée au cours des entretiens. Par ailleurs, la reformulation du discours des interviewés au cours des entretiens a été appliquée dans le but de s'assurer de la bonne compréhension.

5.1.2.3. Retranscription différée des entretiens

« Le processus d'analyse des données doit commencer dès le premier entretien sans attendre les suivants », de plus « l'analyse porte sur le verbal mais aussi sur le non verbal ». Cependant, pour des raisons d'ordre géographique, les entretiens ont été regroupés, ainsi les retranscriptions ont été un peu différées bien que débutées le plus tôt possible.

Ainsi, des éléments non verbaux ont pu être omis et être source de biais dans l'analyse.

5.1.2.4. Etude monocentrique

Afin de réaliser ce projet, la liste des MSP en fonctionnement a été obtenue auprès de l'ARS. En vue d'expliquer le projet et de solliciter une participation, ces MSP ont été contactées, initialement par mail. Seulement deux structures ont répondu, et seule la MSP d'Ambérieu en Bugey a accepté de participer à notre étude. Cette étude monocentrique est une source de biais, limitant l'interprétation des résultats ci-dessus. Une étude multicentrique permettrait d'élargir les critères de qualité obtenus, de confronter les critères obtenus à Ambérieu en Bugey à ceux d'autres structures.

5.1.2.5. Le choix d'une MSP multi-site

Notre étude a été menée au sein d'une maison de santé multi-site où les différents professionnels de santé ont des sites géographiques différents. Le choix d'une MSP monosite aurait, peut-être, permis aux usagers de mieux appréhender l'aspect pluriprofessionnel évitant la comparaison de notre MSP à un cabinet médical de groupe.

5.1.2.6. Les Biais de Sélection

Le recrutement des usagers s'est fait par le biais des médecins exerçant au sein de la MSP, selon les critères définis. Il aurait été intéressant d'interviewer des usagers recrutés auprès des autres professionnels de santé exerçant au sein de la MSP, en vue d'obtenir les critères de qualité des soins.

5.1.2.7. Les biais externes

L'enregistrement des entretiens a pu être source d'une certaine anxiété pour certains des interviewés. Ainsi, en vue de limiter les biais externes, les entretiens ont été effectués au

domicile des patients optimisant les conditions d'enregistrement, leur confort. La présence d'une tierce personne de leur choix était également possible.

5.1.2.8. Les biais d'investigations

Par inexpérience, lors des premiers entretiens, les questions de relance ont été sous exploitées, ce qui peut être source de manque de données, et parfois, systématiquement utilisées, influençant alors les données recueillies.

5.1.2.9. Les biais d'interprétation

Dans le but de minimiser les biais d'interprétation, l'analyse des données s'est faite par deux codeurs indépendants : le docteur Aurore LAMALLE, médecin généraliste et moi-même. Une triangulation des données obtenues a également été effectuée.

5.2. Interprétation des résultats

5.2.1 Qualité des soins

Au travers de notre travail, les usagers interrogés rattachent la qualité des soins au professionnel de santé et, plus particulièrement, à la relation médecin-patient. En effet, lorsqu'on interroge les usagers sur la définition de la qualité des soins, la principale réponse est « l'écoute ». L'importance de la relation entre le médecin et son patient est retenue comme un critère primordial de la définition de la qualité des soins. Ces résultats semblent concorder avec ceux de l'étude de l'IRDES (24), au travers de la méthode Delphi, où les usagers accordent une grande importance à la relation médecin-patient, ce qui est confirmé aux trois tours d'enquête.

Cette notion de « relation de qualité » est également retrouvée dans le travail de thèse d'Alice Becheau (54) qui s'intéresse aux attentes des usagers dans le cadre d'un projet de MSP.

Au travers de cette relation, notre travail révèle également l'importance qu'attachent les usagers aux informations et explications qui leur sont données, comme le cite l'interviewé 2 « *aux explications des médicaments et tout ce qui va après avec la maladie* ». Ces résultats concordent avec l'étude de l'IRDES (24), dans laquelle « l'obtention d'informations sur le problème de santé » semble constituer la principale priorité pour près de 80 % des usagers.

Sur ce point encore, nos résultats sont similaires à ceux de la thèse citée ci-dessus (54), dans laquelle les usagers attendent de « recevoir des informations concernant les comportements liés à la santé » et d'avoir face à eux des « professionnels de santé communicants ».

Au vu de nos résultats, la qualité des soins est également rattachée à « la compétence du professionnel de santé ». Parmi les critères de compétence évoqués, on peut citer la justesse diagnostique, ainsi que des propositions thérapeutiques adaptées, « *je pense que c'est que le médecin diagnostique bien notre problème* » s'exprime l'I12, ou encore l'I6 pour qui la qualité des soins « *c'est déjà de bien diagnostiquer* » et que « *le médecin soit compétent* » selon l'I1.

On peut donc constater que, pour les usagers, la qualité des soins est principalement inhérente au professionnel lui-même et peu à l'aspect structurel et organisationnel. Ceci contraste avec les différentes dimensions de la qualité des soins citées plus haut qui intègrent ces derniers aspects comme nous le montre le tableau récapitulatif du rapport de l'OMS (25).

En parallèle d'une étude qualitative de la qualité des soins, il serait intéressant de l'évaluer quantitativement. L'évaluation quantitative de la qualité des soins peut se décliner en cinq dimensions : l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès et l'efficience. Plusieurs méthodes sont utilisables et nécessitent toutes l'établissement d'indicateurs. Toutefois, face à cette vision des usagers, comment définir des indicateurs reproductibles afin d'évaluer au mieux la qualité des soins de manière quantitative ? Comment définir qu'une relation médecin-patient est de qualité ? Quel indicateur utiliser pour évaluer l'écoute du médecin ?

5.2.1. L'Organisation des soins

5.2.1.1. La disponibilité et continuité des soins

Lorsque l'on évoque l'aspect organisationnel du soin, une des principales attentes des usagers est la disponibilité. Celle-ci se déclinant sous différents abords : un professionnel de santé joignable, un professionnel qui prend le temps nécessaire avec chaque patient, la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapidement, ainsi que des amplitudes horaires de consultations étendues.

Une étude réalisée au Royaume Uni sur 160 patients (55) montre que la durée perçue de consultation influence de manière significative la qualité perçue des usagers. Ceci conforte les résultats de nos entretiens. Par ailleurs, le Dr Becheau retrouve des attentes similaires, en particulier, en ce qui concerne la flexibilité des horaires et les délais de rendez-vous rapides.

Dans la littérature, il apparaît que la disponibilité est un critère significatif de satisfaction des usagers, ainsi il n'est pas surprenant de retrouver ce critère dans les attentes des interviewés.

Lorsque l'on s'intéresse aux travaux de thèse évaluant la satisfaction des patients sur des MSP en fonctionnement (56–58), on remarque que la majorité des usagers interrogés sont satisfaits, notamment en ce qui concerne les délais d'obtention des rendez-vous qu'ils jugent assez rapides.

Un autre critère important retenu par les patients serait l'existence d'une continuité de soins, notamment en cas d'absence de leur médecin traitant. Le fonctionnement en MSP paraît faciliter cette attente : en effet, la présence de plusieurs professionnels de santé de même profession permet d'offrir des plages horaires pour les soins non programmés, mais également la présence d'un professionnel en l'absence du médecin référent.

Là encore, dans les différents travaux de thèse étudiant la satisfaction des patients (56-58), ces derniers sont satisfaits de la continuité de soins.

Cette notion de continuité de soins est également retrouvée parmi les attentes des professionnels de santé dans leur motivation à l'installation en MSP (1,59,60). Dans le travail de thèse du Dr COTTENCEAU (59), les médecins interrogés révèlent que l'installation en MSP leur permet de s'absenter, quel que soit le motif, de manière plus sereine, du fait de la présence d'un confrère, mais aussi par l'attractivité plus importante de ces structures pour les médecins remplaçants.

5.2.1.2. La gestion du temps

Une partie des usagers interviewés rapportent attacher une importance à l'organisation du médecin, en particulier à l'organisation de son temps de travail, et au fonctionnement sur

rendez-vous. En effet, selon ces usagers, bénéficier de rendez-vous fixés à l'avance permettrait d'avoir un suivi régulier et par la même de « bonne qualité ».

Au sein de la MSP d'Ambérieu en Bugey, les professionnels travaillent uniquement sur rendez-vous et disposent chaque jour de plages horaires réservées aux soins non programmés, aux rendez-vous d'urgence. Dans le travail du Dr BECHEAU (54), les usagers évoquent même la possibilité de diversifier les modes de prises de rendez-vous.

Dans les enquêtes de satisfaction des travaux de thèses (56-58), les patients semblent satisfaits du fonctionnement sur rendez-vous, ce qui conforte nos résultats.

Là encore, fonctionner sur rendez-vous et avoir un meilleur agenda est une des motivations des professionnels de santé à l'installation en MSP en vue d'optimiser leurs conditions de travail et leur « charge de travail » (1,59,60).

Par ailleurs, pour certains des usagers interrogés dans notre travail, fonctionner sur rendez-vous permettrait de réduire le temps d'attente en salle d'attente.

Dans notre travail, le délai d'attente en salle d'attente comme critère de qualité est variable. Une partie des interviewés estiment qu'avoir de l'attente en salle d'attente serait synonyme de qualité, cela signifierait que le professionnel « prenne son temps » et ainsi que la durée de consultation soit étendue.

Au contraire, pour certains usagers, attendre peu en salle d'attente serait gage de qualité des soins et même de respect envers les patients comme l'évoque l'interviewée 2 « *avoir un médecin qui ne me fait pas attendre, [...] j'ai eu certains rendez-vous où là c'était invivable, infernal [...], ça je trouve que c'est un manque de respect pour les patients* ».

Les résultats du Dr WIART (57) dans son travail de thèse, montrent que 62 % des patients uniquement sont satisfaits du temps d'attente, estimant ce dernier trop long. Ce délai d'attente pourrait s'expliquer par des agendas bien remplis.

Cependant, certains des interviewés qui souhaitent attendre peu en salle d'attente souhaitent également avoir un médecin disponible et qui prenne le temps en consultation avec eux. Il apparaît alors difficile de répondre à ces attentes quelque peu paradoxales.

5.2.1.3. La pluriprofessionnalité, coordination et formation

▣ La formation

Dans notre travail, les usagers estiment qu'il est important que les professionnels continuent de se former, mais également de participer à la formation des plus jeunes. En effet, ils estiment « *qu'il est important d'avoir une formation continue tout au long de sa carrière, de continuer à apprendre, rien n'est jamais acquis ; les techniques évoluent, les soins évoluent* » comme le dit l'interviewé 9.

Les différents professionnels de santé installés en MSP sont également incités à la formation continue comme le montrent les différents travaux de thèse (1,59,60).

En effet, ces derniers sont intéressés par la formation propre à leur corps de métier, mais également aux enseignements relatifs aux différentes professions au sein de réunions, de meilleure connaissance des spécificités de chaque profession.

▣ La Pluriprofessionnalité

Dans notre travail, au moment de la réalisation des entretiens, peu d'usagers étaient informés du fonctionnement de leur médecin au sein d'un pôle de santé, et ainsi d'un projet commun avec d'autres professionnels de santé. Pour autant, ils semblaient trouver un intérêt à la pluriprofessionnalité, notamment en vue de leur simplifier les démarches s'ils avaient à recourir aux autres professionnels.

Ces résultats recourent ceux des questionnaires de satisfaction, dans lesquels les patients sont majoritairement satisfaits du regroupement des professionnels.

Deux de nos interviewés évoquent la présence de l'infirmière ASALEE, qui a pour rôle d'optimiser la prise en charge de maladies chroniques telles que le diabète, la BPCO et qui bénéficie d'une délégation de tâches. Ainsi, la présence d'une infirmière de santé publique, en plus de répondre aux attentes de santé publique, semble également répondre aux attentes des usagers.

Les motivations des professionnels à la pluriprofessionnalité diffèrent de celles des usagers. Pour les professionnels de santé, il y a un intérêt dans le maintien de l'offre de soins dans ces zones déficitaires, où sont majoritairement implantées les MSP. Dans le travail du Dr

BECHEAU, les usagers conscients des difficultés d'accès aux soins évoquent également l'intérêt de maintenir une offre de soins pluriprofessionnelle et de proximité.

⌘ La Coordination

Un autre attrait de la pluriprofessionnalité évoqué par nos interviewés est la meilleure coordination entre professionnels : autour de réunions dédiées aux cas complexes, mais également au travers des différents courriers, de protocoles. Nos interviewés citent, dans la majorité des entretiens, l'intérêt du dossier médical partagé, en particulier, entre les différents médecins, facilitant la connaissance de leur situation. Depuis la réalisation des entretiens la MSP d'Ambérieu En Bugey s'est équipée d'un système informatique commun, avec des dossiers partagés entre les différents corps de métier. On peut donc supposer que ces démarches répondent aux attentes des usagers. Dans son travail, portant sur le ressenti des patients quant à l'accès aux soins (61), Madame Agnès Vuillermet avance aussi l'intérêt du dossier médical partagé.

Par ailleurs, le rôle du médecin généraliste comme coordinateur est renforcé depuis 2004 avec la création du parcours de soins, et du médecin traitant. Ceci se retrouve dans les réponses de nos interviewés comme l'I9 par exemple « *d'un point de vue confiance du médecin [...] on a quand même confiance en lui donc si on est amené à voir un autre professionnel [...] ça serait important qu'il puisse nous conseiller* ».

L'amélioration de la coordination des soins motiverait également les professionnels de santé à se regrouper optimisant les recours aux différents professionnels (par meilleure connaissance des spécificités des métiers), ainsi que les échanges autour de cas complexes.

5.2.2. La structure

Dans l'étude menée par l'IRDES (24), il s'avère que les usagers semblent attacher peu d'importance à la structure dans laquelle ils sont pris en charge.

⌘ Le secrétariat

Dans le cadre de notre travail, l'existence du secrétariat est évoquée par la majorité des usagers. Toutefois, les attentes diffèrent entre les différents usagers. En effet, certains reconnaissent qu'il est important d'avoir un accueil physique et téléphonique par le biais d'un

secrétariat. Des usagers parlent même d'une amélioration de la qualité de travail pour les professionnels limitant ainsi le nombre d'appels au cours de la consultation.

Une partie des usagers reconnaît donc l'intérêt d'un secrétariat pour la gestion des rendez-vous, ainsi que pour leur accueil et leur orientation au sein de la structure.

Ceci concorde avec les attentes des professionnels de santé (1,59,60), qui mettent également en avant la possibilité d'une mutualisation des moyens et ainsi de disposer d'un secrétariat commun, leur allégeant une partie des charges administratives.

Néanmoins, ces résultats sont contre balancés par le fait qu'une partie des usagers interrogés voient le secrétariat comme « un filtre » les empêchant d'avoir accès directement à leur médecin. Ces usagers refusent, en effet, d'évoquer leurs besoins, leurs problèmes avec les secrétaires, comme nous le rapporte l'interviewé 4 « *la secrétaire médicale : oui je vais voir avec elle pour un rendez-vous, mais si j'ai un problème je ne vais pas aller l'exposer à la secrétaire médicale* » ou encore l'interviewé 3 pour qui « *mon contact c'est mon médecin* ».

Les usagers interviewés accordent également de l'importance à la qualité de l'accueil reçu, qu'il soit téléphonique ou physique. Cet accueil serait « *le reflet de la structure* ». Cet accueil semble être existant au sein de la MSP d'Ambérieu en Bugey. D'autres travaux de thèse s'intéressant à la satisfaction des usagers (56,57), semblent mettre en évidence des résultats superposables puisque plus de 80 % des patients des MSP étudiées sont satisfaits de l'accueil reçu.

▣ Les locaux

Quant aux locaux eux-mêmes, spontanément les usagers n'en parlent pas. Lors des entretiens, il est nécessaire d'utiliser les questions de relance. Ceci pourrait signifier que les usagers attacheraient peu d'importance aux locaux. Dans le travail de thèse du Dr WIART, 96% des patients estiment que les locaux sont adaptés.

Bien qu'ils ne l'évoquent pas spontanément, ils semblent satisfaits des locaux dans lesquels ils sont pris en charge, évoquant une facilité d'accès grâce au grand parking, des locaux agréables et spacieux, mais surtout des locaux propres. L'importance de l'hygiène est soulevée par la majorité de nos interviewés.

En parallèle, les professionnels de santé estiment que le fait de se regrouper dans de telles structures, leur permettrait de travailler dans des locaux plus agréables, plus spacieux tout en permettant, également, une mutualisation des moyens matériels.

5.2.3. La Compétence

A l'issue des entretiens, il ressort que les usagers replacent le professionnel au centre de la qualité des soins, du moins de leur qualité perçue, et se détachent finalement de la structure dans laquelle ils sont reçus.

Ces résultats sont similaires à ceux des différents travaux de thèse (56,62), dans lesquels la qualité des soins reste centrée sur le professionnel et non sur les locaux. Ceci signifie que les usagers consultent dans une structure, non pas pour l'attrait de la structure, mais pour le professionnel qui y exerce.

Parmi ces compétences, une approche « technique » se détache, la qualité perçue se rapportant en partie à la minutie de l'examen clinique. Pour les usagers, dire que leur médecin est compétent signifierait qu'il fasse preuve d'une justesse diagnostique et leur apporte une réponse adaptée. On pourrait dire : que le médecin soit efficace et efficient.

Par ailleurs, la dimension relationnelle est également mise en avant au travers de nos résultats : nos interviewés utilisant des termes comme « *empathie* », « *importance d'un médecin de famille* », « *un médecin à l'écoute* », « *qui prenne en charge le patient dans sa globalité* », « *qu'il soit humain* ».

Les usagers replacent ainsi le professionnel de santé en tant qu'individu au centre du système de soin, ce qui rejoint les résultats du Dr Collioud Marichallot (56) et du Dr Bornand, (62). Ce dernier rapporte au sein de son travail, que les usagers ne voient pas de différence entre la pratique individuelle et l'exercice en MSP, accordant plus d'importance aux qualités techniques et relationnelles du professionnel.

5.2.4. Prévention

La prévention fait partie intégrante des missions de soins primaires, comme le rappelle le cadre législatif. Par ailleurs, plus de 60 % des médecins généralistes estiment qu'il est de leur

devoir de pratiquer une médecine préventive (39). En se regroupant au sein de MSP, les professionnels de santé souhaitent ainsi optimiser leur pratique de prévention.

A l'issue de nos entretiens, la majorité des usagers estiment que la prévention en soins primaires devrait concerner l'hygiène de vie impliquant alors les règles hygiéno-diététiques, l'activité physique et ainsi prévenir des maladies chroniques telles que le diabète, les dyslipidémies ou encore l'obésité. Elle devrait également concerner les cancers en particulier le cancer colorectal, du sein et de la prostate.

Une grande partie des interviewés pensent qu'il faudrait également évoquer les conduites addictives comme le tabac, l'alcool et l'usage de drogues.

La vaccination fait aussi partie des thèmes cités au cours de nos entretiens, de manière régulière, bien que les usagers ne définissent pas quelle vaccination (anti grippale, DTP....)

Les médecins généralistes estiment que la pratique de la prévention est incluse au sein d'une consultation pour un autre motif (63). Dans son travail, le Dr Mouyon (42) démontre que les thèmes les plus souvent développés concernent le tabac, l'HTA, le cancer colorectal, le poids et la grippe, ce qui rejoint les données de la littérature actuelle.

Au vu de ces éléments, les thèmes abordés par les professionnels semblent ainsi correspondre en partie aux attentes des usagers.

Nombre de patients interrogés évoquent la prévention des IST, or, sur ce point, il n'existe pas de données de la littérature sur les pratiques existantes. De plus, cela ne semble pas faire partie des thèmes abordés par les praticiens dans les travaux de thèse cités. Toutefois, on peut supposer que cette prévention est effectuée au cours de consultations spécifiques telles que la prescription d'une contraception ou encore lors d'une demande de dépistage émanant du patient.

Lorsque l'on demande aux usagers comment devrait être organisée cette prévention, une partie d'entre eux répondent qu'elle devrait être réalisée par leur médecin traitant au cours d'une consultation. Ce qui rejoint donc les résultats du baromètre de la santé (39). Toutefois, les professionnels de santé souhaiteraient qu'une consultation annuelle dédiée soit reconnue et valorisée par l'Assurance Maladie (63).

Plus de 60 % des médecins généralistes déclarent utiliser des outils de prévention comme des questionnaires pré-établis, tels que l'AUDIT pour l'alcool. Dans notre étude, il semblerait que l'utilisation de supports médiatiques papiers (affiches, dépliants) ou télévisuels puisse être un moyen d'optimiser les pratiques préventives.

Le dépistage organisé des cancers est un moyen jugé comme utile en terme de prévention comme le rapporte nos interviewés et répond donc, en partie, à leurs attentes. Par ailleurs, les médecins généralistes estiment que cela leur sert de base pour aborder la prévention (63).

Deux patientes interrogées atteintes d'une maladie chronique et titulaires d'une ALD souhaiteraient que des « *groupes de patients* » avec des médiateurs soient instaurés tels qu'ils peuvent exister en intra hospitalier autour du diabète par exemple. Elles regrettent que cela ne soit pas organisé au sein de leur MSP (bien que ces deux personnes soient satisfaites de leur prise en charge par l'IDE ASALEE et reconnaissent l'intérêt de sa présence). Cette démarche pourrait s'intégrer dans celle de l'Education Thérapeutique.

6. CONCLUSION

Notre travail a pour objectif de définir les attentes des usagers en terme de qualité des soins au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Les usagers interrogés sont satisfaits pour l'ensemble de leur prise en charge au sein de ces structures. Ces derniers rapportent, pour autant, que la qualité de soin est inhérente au professionnel de santé, le replaçant ainsi comme un individu au sein de système de soins.

Toutefois, les usagers décrivent un intérêt à la pluridisciplinarité et au regroupement des professionnels en particulier dans la disponibilité et la continuité des soins, ce qui rejoint les résultats d'autres travaux de thèse. Ils y voient également un autre intérêt personnel dans la proximité géographique des différents professionnels leur facilitant les recherches et les délais de rendez-vous.

On constate, au travers de cette étude, que les usagers accordent peu d'importance, à ce jour, à leur structure de soins, hormis sur le critère de l'hygiène et de l'accessibilité.

Ainsi, bien que satisfaits de leur prise en charge, les usagers n'estiment pas être mieux pris en charge au sein de leur maison de santé pluriprofessionnelle, estimant que leur médecin est resté le même, mais reconnaissent, néanmoins, le gain de la continuité des soins. Toutefois, l'aspect multisite de la MSP étudiée pourrait expliquer ces résultats, ne permettant pas aux usagers d'apprécier pleinement l'aspect pluriprofessionnel et comparant ainsi notre MSP à un cabinet médical de groupe.

Ces résultats contrastent avec les attentes des professionnels de santé, estimant que leur regroupement en structure pluriprofessionnelle permet un accueil dans des locaux agréables, une meilleure disponibilité, une mutualisation des moyens, une amélioration des conduites préventives, une optimisation de la coordination entre professionnels favorisant ainsi la qualité des soins.

Ces résultats reflètent probablement le manque de recul sur l'existence des maisons de santé pluriprofessionnelles, et pourraient, également, être en lien avec le manque d'implications des usagers dans leur création et leur participation dans les projets et protocoles de soins établis.

Il pourrait être intéressant d'évaluer l'apport qualitatif de telles structures en étude quantitative sur des critères d'efficience, d'efficacité, de sécurité, de réactivité et d'accès aux soins. De même, une évaluation au sein d'une MSP monosite permettrait de renforcer l'apport de la pluriprofessionnalité par rapport à un simple regroupement médical.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Zalmai D. Maisons de Santé pluri professionnelles: attentes, réalités et perspectives. Etude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université Bordeaux Segalen, Faculté de Médecine; 2016.
2. atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
3. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#d3Map>
4. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#d3Map>
5. Maisons et Pôles de Santé ? [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/maisons-et-poles-de-sante>
6. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44. 2007-1786 déc 19, 2007.
7. 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 juill 21, 2009.
8. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août 10, 2011.
9. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
10. 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 juill 21, 2009.
11. Code de la santé publique - Article L1434-16. Code de la santé publique.
12. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
13. Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016 [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016>

14. Cartographie des MSP DGOS mars 2015.png (995×772) [Internet]. [cité 4 mars 2018].
Disponible sur:
<http://static.solutionsmedicales.fr/img/pages/005/960/orig/Cartographie%20des%20MSP%20DGOS%20mars%202015.png?10>
15. 20170313_liste_MSP_ARA_en_fonctionnement.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/J_EXERCE/1_regroupe/maison_de_sante/20170313_liste_MSP_ARA_en_fonctionnement.pdf
16. 20170313_liste_MSP_ARA_projet.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/J_EXERCE/1_regroupe/maison_de_sante/20170313_liste_MSP_ARA_projet.pdf
17. CartoSanté [Internet]. [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php#ficindic>
18. CartoSanté [Internet]. [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php#ficindic>
19. CartoSanté [Internet]. [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php#ficindic>
20. 211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>
21. Avedis: Explorations in Quality Assessment and Monitoring... - Google Scholar [Internet]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?hl=en&publication_year=1980&issue=July&title=Explorations+in+Quality+Assessment+and+Monitoring,+Volume+I:+The+Definition+of+Quality+and+Approaches+to+Its+Assessment
22. Qualité des soins : définition | Santé Publique [Internet]. [cité 1 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
23. Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique: statut quo ou quo vadis? KCS Reports 76B [Internet]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027319.pdf>

24. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>
25. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Internet]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf
26. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper [Internet]. [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
27. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a quality study [Internet]. [cité 5 déc 2017]. Disponible sur:
https://www.mja.com.au/system/files/issues/181_02_190704/inf10185_fm.pdf
28. La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer? [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
29. Indicators of Quality in Health Care [Internet]. [cité 5 déc 2017]. Disponible sur:
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13814789709160336>
30. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. déc 2005 [cité 4 déc 2017];83(4):691-729. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
31. Griffond V. Contribution à une démarche de développement de la qualité des soins en Maison de Santé Pluridisciplinaire: étude qualitative au moyen d'indicateurs organisationnels et structurels [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. [Besançon]: Université de Franche-Comté, Faculté de Médecine;
32. Rapport Flajolet, Annexe 1: La Prévention: définitions et comparaisons [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
33. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep* [Internet]. 1983 [cité 11 déc 2017];98(2):107-9. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>
34. La Prévention: fondements et méthodes [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur:
http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/4-150319033518.pdf
35. Jamouille M. *En faire trop*. (63):76-9.

36. Fiche n°40: Prévention Quaternaire [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/845/fichier_prevention_quaternaire-1f37d.pdf
37. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 79.
38. loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
39. Baromètre santé Médecins Généralistes 2009 [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
40. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *Int J Gen Med* [Internet]. 16 déc 2011 [cité 13 déc 2017];4:853-70. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3258015/>
41. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier J-P, Senn N, Rat C, et al. Overview of preventive practices provided by primary care physicians: A cross-sectional study in Switzerland and France. *PLoS ONE* [Internet]. 5 sept 2017 [cité 13 déc 2017];12(9). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584957/>
42. Mouyon C. Pratiques de prévention des médecins généralistes dans les Pays de la Loire: étude descriptive transversale déclarative. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2017.
43. Clinical applications - EsPeR: Estimation Personnalisée de Risques [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: http://www.openclinical.org/app_esper.html
44. MSA - Les Instants Santé [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfy/sante/instants-sante>
45. Examen de prévention en santé [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-periodique-sante>
46. evaluation-asalee-daphnee-protocole-d-evaluation.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-asalee-daphnee-protocole-d-evaluation.pdf>

47. Frappé P. Vue d'ensemble des études qualitatives. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p.43. In.
48. Frappé P. Choisir la stratégie d'échantillonnage en recherche qualitative. Dans : Frappé P. Initiation à la recherche. 1^{ière} éd. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011. p. 103. In.
49. Familles de situations cliniques types en MG CNGE.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%20A%20et%20H/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Familles%20de%20situations%20cliniques%20types%20en%20MG%20CNGE.pdf>
50. OMG - Données [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
51. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes, Un essai de typologie. Etudes Résultats [Internet]. juin 2004 [cité 27 déc 2017];(315). Disponible sur: <http://onala.free.fr/drees315.pdf>
52. Jammet I. Etude sur une typologie des consultations en médecine générale. Résultats d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université de Poitiers, Faculté de Médecine; 2004.
53. Statuts - Pôle de santé des Allymes - Plaine de l'Ain - Ambérieu en Bugey [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.pole-sante-des-allymes.fr/Statuts-22>
54. Becheau A. Quelles sont les usagers du système de soins de la communauté de commune de Charente-Arnoult-Coeur de Saintonge dans le cadre d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle? [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]; Université de Poitiers Faculté de Médecine; 2017.
55. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract [Internet]. déc 2002 [cité 4 mars 2018];52(485):1004-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314472/>
56. Collioud-Marichallot P. Evaluation du niveau de satisfaction des consultants du cabinet de médecine générale de la maison de santé de Pont d'Ain après 3 ans d'activité [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]; Université Claude Bernard Lyon, Faculté de Médecine; 2009.

57. WIART S. Evaluation de la satisfaction des usagers du pôle de santé de Renaze deux ans après son ouverture [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]; Université d'Angers, Faculté de Médecine; 2013.
58. Sigillo-Jendoubi K. Aide à la démarche qualité des maisons de santé à travers une enquête de satisfaction des patients [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]; Université de Besançon, faculté de Médecine; 2008.
59. Cottenceau D. Apports et Inconvénients à l'installation des médecins Généralistes au sein des maisons de santé pluridisciplinaires en Languedoc-Roussillon en zones rurales, étude observationnelle auprès de 5 structures [Thèse de Doctorat d'Université, Médecin]. Université de Montpellier, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2016.
60. Queant N. Création d'un Pôle de Santé au Mans: Représentations des professions médicales et Paramédicales [Thèse de Doctorat d'Université, Médecin]. Université d'Angers, Faculté de Médecine; 2016.
61. Vuillermet A. La structuration en groupement d'exercice coordonné améliore-t-elle le ressenti face à l'accès aux soins? Focus sur le pôle de santé de Vern-sur-Seiche [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université de Rennes, Faculté de Médecine; 2016.
62. Bornand L. Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université Joseph Fournier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2012.
63. Bouziane-Rahmani Y. La démarche de prévention des médecins généralistes au cabinet médical: enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 13 médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côtes d'Azur [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de Médecine; 2015.

8. ANNEXES

Annexe 1 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Fonctionnement en 2017 en région Auvergne Rhône Alpes

Annexe 2 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Projet en 2017 en région Auvergne Rhône Alpes

Annexe 3 : Situation démographique de la Région Nouvelle Aquitaine

Annexe 4 : Répartition des MSP en Région Nouvelle Aquitaine

Annexe 5 : Catégories d'usagers

Annexe 6 : Grille d'entretien

Annexe 7 : Document fourni aux usagers de la Maison de Santé lors de l'échantillonnage

8.1. Annexe 1 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Fonctionnement en 2017 en région Auvergne Rhône Alpes

Dép.	Liste des MSP	Adresse postale	Code Postal	Code commune	MSP Mono ou Multisites	STATUT	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/ urbaine
01	AMBERIEU EN BUGEY	Rue professeur Cabrol	01500	01004	Multi	SISA	ZV	
	ARTEMARE		01510	01022	Multi		ZV	
	BAGE-LE-CHATEL	320 rue François d'Urfé	01380	01026	Mono	SISA	ZV	
	BEYNOST	4 Place de la Dombe	01700	01043	Mono	SISA	NR	
	BOURG-EN-BRESSE (les Arbelles)	459 rue Léopold le Hon	01000	01053	Mono	SISA	ZV	
	BOURG-EN-BRESSE (Norelan)	244 avenue de San Sévéro	01000	01053	Multi	SISA	ZV	
	CHATILLON S/ CHALARONNE - NEUVILLE LES DAMES	326 avenue Maréchal Foch	01400	01093	Multi	SISA	ZV	
	COLLONGES	106 Grande rue	01550	01109	Mono	Association	ZV	
	FERNEY-VOLTAIRE	13 chemin du Levant	01210	01160	Mono	SISA	ZF	
	HAUTEVILLE	rue de la Forestière	01110	01185	Mono	SISA	ZF	
	LAGNIEU	Allée Guy de la Verpillère	01150	01202	Multi	Association	ZV	
	MARBOZ	78 rue François de la Baume	01851	01232	Mono	SISA	ZV	
	MEZERIAT	131 chemin des Badelles	01660	01246	Mono	SISA	ZV	
	MIRIBEL	130 Grande rue	01700	01249	Multi	SISA	NR	
	NANTUA / ST MARTIN DU FRESNE	1 route de Chamoise	01430	01373	Multi	Association	ZV	
	PONT D'AIN	16 rue du 1er septembre	01160	01304	Mono	SISA	NR	
	ST ETIENNE DU BOIS	645 rue Centrale	01370	01350	Mono	Association	ZF	
	ST RAMBERT / TENAY			01384 01416	Multi		ZV	
	OYONNAX	8 rue Laplanche	01102	01283	Mono	Association	ZV	
	CEYZERIAT	7 rue Henri Dunant	01250	01072	Mono	Association	ZV	
	TOSSIAT	Route de Montagnat	01250	01422	Mono	SISA	ZV	
	BELLEY		01300	01034	Multi		ZF	
	22							
03	LE DONJON	9 place Leplessis	03130	03103	Mono		ZTF	

AYNAY-LE-CHÂTEAU (Cérilly)	32 rue des Recollets	03360	03003	Mono	SCM	ZF	
MONTMARSAULT	rue du 8 Mai 1945	03390	03186	Mono	SCM	ZF	
CHEVAGNES	3 place du Marché	03230	03074	Mono	SISA	Satisfaisant	
LAPALISSE	Place Jean Becaud	03120	03138	Mono	SISA	ZTF	
BELLENAVES (Ebreuil)	1B rue du 8 mai 1945	03330	03022	Mono	SISA	ZPF	
CHANTELLE / SAINT-POURÇAIN			03053	Multi		ZTF/Satisfaisant	
GANNAT			03118	Mono		Satisfaisant	

Dép.	Liste des MSP	Adresse postale	Code Postal	Code commune	MSP Mono ou Multisites	STATUT	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/ urbaine
	NEUILLY LE REAL		03340	03197	Mono		Satisfaisant	
	AVERMES		03000	03013	Multi		très satisfaisant	
	10							
07	AUBENAS	19 Bd de l'Europe	07200	07019	Mono	SISA	ZF	ZU
	JOYEUSE	530 route de la Blachère	07260	07110	Mono	SCM	ZV	ZR
	LABEGUDE	4 rue du 11 novembre 1918	07200	07116	Mono	SCM	ZV	ZR
	LARGENTIERE	LES vergnades	07110	07132	Mono	Association	ZV	ZR
	LE CHEYLARD CHANTELAUVE	Chemin de Chantelaue	07160	07064	Multi	SISA	ZF	ZR
	LE CHEYLARD ESPACE SANTE	Chemin de la Pra-La Palisse	07160	07064	Mono	SISA	ZF	ZR
	LES VANS	place de la gare	07140	07334	Multi	SISA	ZV	ZR
	SAINT MARCEL D'ARDECHE	avenue de Provence	07700'	07264	Mono	Association	NR	ZR
	LE TEIL	1 rue Robert Fourneron	07400	07319	Multi	Association	ZF	ZU
	VILLENEUVE DE BERG	110 rue de l'Hôpital	07170	07341	Mono	SISA	ZV	ZR
	VALS LES BAINS	19 avenue Paul Ribeyre	07331	07331	Mono	Association	ZF	
QUINTENAS	13 place de l'Eglise	07290	07188			ZF	ZR	
	12							
15	CONDAT	Route de bort ; CONDAT	15190	15054	Mono		ZF	ZR
	NEUVEGLISE	Place Albert NEUVEGLISE	15260	15142	Mono		ZPF	ZR
	SAINT-MARTIN-VALMEROUX	1b Rue Des Hetres ; SAINT MARTIN VALMEROUX	15230	15202	Mono		ZPF	ZR
	RIOM-ES-MONTAGNES	le sédour; RIOM ES MONTAGNES	15400	15162	Mono		ZF	ZR
	CHAUDES AIGUES / SAINTE URClZE	Le bourg; CHAUDES AIGUES	15110	15045	Multi		ZF	ZR

	VIC SUR CERE	3 chemin cols; VIC SUR CERE	15800	15258	Multi		ZPF	ZR
	6							
26	ANNEYRON		26140	26010			ZV	ZR
	AOUSTE-SUR-SYE		26400	26011			ZV	ZR
	CHATEAUNEUF-DE-GALAURE	9 Impasse Chambonin	26330	26083		SISA	ZV	ZR
	ETOILE-SUR-RHONE	rue du 11 novembre 1918	26800	26124		SISA	NR	Semi urbaine
	SAINT VALLIER	15 rue Diane de Poitiers	26240	26333		SISA	ZF	ZU
	TAULIGNAN	125 chemin des Aumailles	26770	26348		SISA	ZV	ZR
	LE GRAND SERRE	230 route de Saint Clair	26110	26143		Association	ZV	ZR

Dép.	Liste des MSP	Adresse postale	Code Postal	Code commune	MSP Mono ou Multisites	STATUT	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/urbaine
	NYONS		26110	26222		Association	ZF	ZR
	VALENCE	29 rue Charles Gounod	26000	26362		Association	Iris concernés	ZU
	BUIS LES BARONNIES	1 avenue du Pont Neuf	26170	26063	Multi ce jour, mono demain	SISA	ZF	ZR
38	BIOL	Place St Jean Baptiste	38690	38044	Mono	SCM	ZF	
	CORPS	Chemin de St Roch	38970	38128	Mono	SCM	ZF	
	DOMENE	71 rue des Brassières	38420	38150	Mono	SISA	NR	
	IZEAUX (BIEVRE)			38194	Multi		NR	
	LA MURE	64 rue des Alpes	38350	38269	Multi	SCM	ZF	
	LA SURE (Courbevie/Moirans/Vourey)	36 rue des Edelweiss	38500	38239	Multi	SISA	NR	
	LANS-EN-VERCORS	85 route de Grenoble	38250	38205	Mono	SISA	ZV	
	SAINT MARTIN D'HERES	1 rue Frantz Schubert	38400	38421	Multi	SISA	Iris concernés	
	TREPT	14 place Sébastien Boyrivent	38460	38515	Mono	Association	Zone fragile	
	VILLARD DE LANS		38250	38548	Mono		ZV	

	MONESTIER DE CLERMONT		38650	38242			Zone fragile	Zone de revitalisation rurale
	SAINT-VICTOR-DE-CESSIEU	24 Chemin de l'Etraz	38110	38464	Mono	SISA	ZV	
	ECHIROLLES			38151			QVP	
	BEAUREPAIRE		38034	38034	Mono	Association	ZF	
	AUTRANS-MEAUDRE		38021	38225			ZV	
	TIGNIEU JAMEYZIEU	35 rue de Bourgoin	38230	38507	Multi	Association	ZV	
	SAINT MARCELLIN	9 rue Biesse	38160	38416	Multi	SISA	ZV	
	GRENOBLE			38185			NR	
	18							
	NOIRETABLE	2 rue du Plan d'Eau	42440	42159	Mono	Sisa	Zone fragile	
	SAINT ETIENNE MONTREYNAUD			42218	Mono	Sisa	Zone fragile	
	ST GERMAIN LESPINASSE			42231	Mono	SCM	Zone fragile	
	SAINT JUST EN CHEVALET/CREMEAUX			42248	Multisites	SCM	Zone fragile	

Dép.	Liste des MSP	Adresse postale	Code Postal	Code commune	MSP Mono ou Multisites	STATUT	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/ urbaine
42	MARLHES	Route de Jonzieux	42660	42139	Mono	SCM	Zone fragile	
	PANISSIERES/ROZIER EN DONZY			42165 42193	Multisites	SCM	Zone fragile	
	ROANNE-VILLEREST			42187	Multisites	Sisa	Zone fragile	
	MABLY		42300	42127	Mono	Sisa	Zone fragile	
	SAINT SYMPHORIEN DE LAY/REGNY	Route Nationale	42470	42289	Multi	Sisa	Zone fragile	
	9							
43	ALLEGRE	1 place docteru Gallaud	43270	43003	Mono	SCM	ZF	ZR
	BAS-EN-BASSET		43210	43020	Mono		Zone potentiellement fragile	ZR
	SAINTE-SIGOLENE	Place des Anciens d'AFN	43600	43224	Mono	SCM	Zone satisfaisante	ZR
	LA-CHAISE-DIEU		43160	43048	Mono		Zone satisfaisante	ZR
	TENCE		43190	43244	Mono		Zone potentiellement fragile	ZR
	PONT SALOMON		43330	43153	Mono		Zone satisfaisante	ZR

	MONTFAUCON EN VELAY -DUNIÈRE		43290	43141	Multi		Zone potentiellement fragile	ZR
	6							
63	SAYAT	4 B route d'Argnat	63530	63417	Mono	SISA	Zone satisfaisante	Zone péri-urbaine
	LE VERNET-LA-VARENNE			63448	Mono		Zone satisfaisante	ZR
	PIONSAT	3 route Jean d'Arvoz	6330	63281	Mono	SISA	zone potentiellement fragile	ZR
	MUROL	Rue Guy de Maupassant	63790	63247	Mono	SCM	zone potentiellement fragile	ZR
	GIAT/ LE MONTEL-DE-GELAT/PONTAUMUR			63165	Multi		zone fragile	ZR
	LES MARTRES DE VEYRE	rue du Grand Clos	63370	63214	Mono	SISA	Zone satisfaisante	Zone péri-urbaine

Dép.	Liste des MSP	Adresse postale	Code Postal	Code commune	MSP Mono ou Multisites	STATUT	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/urbaine
	JOZE	2 rue de la Gare	63350	63180	Mono	SISA	Zone satisfaisante	Zone péri-urbaine
	8							
69	BEAUJEU	3 rue Général Leclerc	69430	69018	Mono	SISA	ZF	
	COURS-LA-VILLE	18, rue Général Leclerc	69470	69066	Mono	Association	ZF	
	LYON Etats-Unis	75 Bd des Etats Unis	69008	69008	Multi	SISA	ZF	
	MERMOZ		69008	69008	Multi		NR	
	SAINT MARTIN EN HAUT	1 rue du Sacré Cœur	69850	69227	Mono	SISA	ZV	
	ST SYMPHORIEN SUR COISE			69238	Mono		ZV	
	TASSIN-LA-DEMI-LUNE			69244	Mono		NR	
	THURINS (cabinet de groupe départ MG)		69249	69249	Mono		ZV	
	VENISSIEUX			69259	Multi		NR	
	COLOMBIER SAUGNIEU		69124	69299	Mono		ZV	
	PONTCHARRA SUR TURDINE		69490	69157	Mono		ZF	
VILLEFRANCHE-SUR-				Mono		NR		

	SAONE							
	12							
73	AIGUEBLANCHE	410 Grande Rue	73260	73003	Mono	Association	ZF	ZR
	AIME	719 avenue de la Tarentaise	73210	73006	Mono	Association	ZF	Montagne
	AIX-LES-BAINS	18 rue Edouard Colonne	73100	73008	Multi	SISA	ZV	ZUS
	BEAUFORT	Mairie de Beaufort - BP 2	73270	73034	Mutli		ZF	Montagne
	BOZEL	rue de sainte barbe	73350	73055	Mono	Association	ZF	ZR
	CHAMBERY NORD	57 place du Forum	73000	73065	Multi		NR	ZUS
	CHAMBERY CENTRE	57 place du Forum	73000	73065	Multi	SISA	NR	ZU
	CHINDRIEUX	pharmacie de Chautagne Route d'aix	73310	73085	Multi	Association	ZF	ZR
	FLUMET	221 avenue de Savoie	73590	73114	Multi		NR	Montagne
	LES ECHELLES		73360	73105	Mono		ZF	ZR
	LES MARCHES		73800	73151	Mono		ZV	ZR
	LESCHERAINES		73340	73146	Mono		ZF	Montagne
	SAINT MICHEL DE MAURIENNE		73140	73261	Multi		ZF	ZR
	SAINT-GENIX-SUR-GUIERS		73240	73236	Mono		ZV	ZR
SAINT-PIERRE-D'ALBIGNY		73250	73270	Multi		ZV	ZR	
SAINT SORLIN D'ARVES		73530	73280	Mono		ZV	Montagne	

Dép.	Liste des MSP	Adresse postale	Code Postal	Code commune	MSP Mono ou Multisites	STATUT	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/ urbaine
	VAL COISIN	place de la Mairie	73800	73089	Mono	SISA		ZR
	UGINE		73400	73303	Mono		ZV	ZR
	BOURG SAINT MAURICE	rue du Nantais	73700	73054	Mono	SISA		Montagne
	LA BATHIE		73540	73032	Mono		ZV	ZR
	LA RAVOIRE		73490	73213				ZU
	21							
	ARACHES LA FRASSE / FLAINE - LES CARROZ	260 route des Moulins	74300	14	Mono	SISA	NR	Zone rurale
	CHAMONIX	509 route des Pèlerins	74400	56	Mono	SISA	ZV	Zone rurale
	LA VALLEE D'AULPS	138 rue de la Forge LES GETS	74260	134	Multi	SISA	ZF	Zone rurale
	MEGEVE	11 route du Villaret	74120	173	Mono	SISA	NR	Zone rurale

74	PUBLIER	1026 avenue de la Rive Amphion	74500	218	Mono	Association	NR	Zone rurale
	THORENS -GLIERES	22 place de l'Eglise	74570	282	Mono	Association	NR	Zone rurale
	SAINT- FELIX	200 route d'Aix les Bains	74540	233	Mono	SISA	ZV	Zone rurale
	MARIGNIER	27 avenue de la Gare	74970	164	Mono	Association	ZF	Zone rurale
	BAS CHABLAIS	Domaine de Thénieres BALLAISON	74140	25	Multi	Association	ZF	Zone rurale
	VALLEE DU BREVON	Pharmacie de Lullin Chef-Lieu LULLIN	74470	115	Multi	Association	ZF	Zone rurale
	CRUSEILLES	Association :46 Place de l'Eglise	74350	96	Mono	Association	ZV	Zone rurale
	GAILLARD	23 rue de la Libération	74240	133	Mono	SCM	ZV	zone urbaine
	MARNAZ	84 rue Loisin	74460	169	Multi	Association	ZF	Zone rurale
	LES HOUCHES	Maison de la montagne Place de la mairie	74310	143	Mono	SCM	NR	Zone rurale
	14							
Total	138							

**8.2. Annexe 2 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en Projet en 2017 en région
Auvergne Rhône Alpes**

Liste MSP en projet pour la région Auvergne-Rhône-Alpes - mai mars 2017

Dép.	Liste des MSP/PSP	Code postal	Code commune	MSP mono ou multisites	Zonage défini par le SROS ambulatoire	Zone rurale/urbaine
1						
	0					
3	HURIEL					
	BOURBON L'ARCHAMBAULT			Multi		
	DOMPIERRE-SUR BESBRE					
	3					
7	QUINTENAS	07290	07188	Mono	fragile	rurale
	GUILHERAND GRANGES	07500	07104	Mono		urbaine
	VERNOUX EN VIVARAIS	07240	07338	Multi	fragile	rurale
	3					
15	YTRAC	15130		Mono	satisfaisant	rurale
	PAYS DE MURAT	15300		Multi	potentiellement fragile	rurale
	Le ROUGET PERS	15290		Mono	satisfaisant	rurale
	3					
26	LA CHAPELLE EN VERCORS	26420	26074	mono	ZF	ZR
	LE PLAN	26000	26000	mono	ZV	ZU
	SAINT PAUL 3 CHATEAUX	26130	26324	mono	ZV	ZR
	3					
38	MONTALIEU VERCIEU					
	1					
42	AMBIERLE					
	POUILLY SOUS CHARLIEU					
	CHARLIEU					
	CHAVANAY					
	4					
43	MONTFAUCON EN VELAY	43290	43 141	Multi	Zone potentiellement fragile	ZR
	LANGÉAC	43300	43112	Multi	Zone potentiellement fragile	ZR
	CRAPONNE SUR ARZON	43500	43080	Multi	ZF	ZR
	3					
63	BOURG-LASTIC	63760	63048			
	ISSOIRE		63178	Multi	Zone satisfaisante	ZU
	CLERMONT-FERRAND (la Gauthière)	63000	63113			
	CUNLHAT	63590	63132	Multi		
	PONTGIBAUD	63230	63285			
	THIERS	63300	63430	Multi		
	ENNEZAT	63720	63148			
	7					
	LES BUERS VILLEURBANNE	69100		Mono		ZUS
	SAINT PRIEST	69800		Mono		ZUS
	CONDRIEU	69420		Mono	Zone de vigilance	
	MARENNES	69970		Mono		ZR
	4					
73	ALBERTVILLE			Mono		
	LA RAVOIRE			Mono		
	ST JEAN DE MAURIENNE			Mono		
	ST BADOLPH			Mono		
	CHAMOIX SUR GELON			Mono		
	AIGUEBELLE			Mono		
	6					
74						
	0					
Total ARA	37					

8.3. Annexe 3 : Situation démographique de la Région Nouvelle Aquitaine

La région NA dénombre 25 935 médecins inscrits au 1^{er} Janvier 2017, répartis sur 12 départements, 26 144 selon la cartographie interactive.

code	Nom	Valeur
16	Charente	1 167
17	Charente-Ma	2 786
19	Corrèze	902
23	Creuse	386
24	Dordogne	1 353
33	Gironde	8 434
40	Landes	1 534
47	Lot-et-Garon	1 127
64	Pyrénées-At	3 501
79	Deux-Sèvres	1 140
86	Vienne	1 911
87	Haute-Vienn	1 903

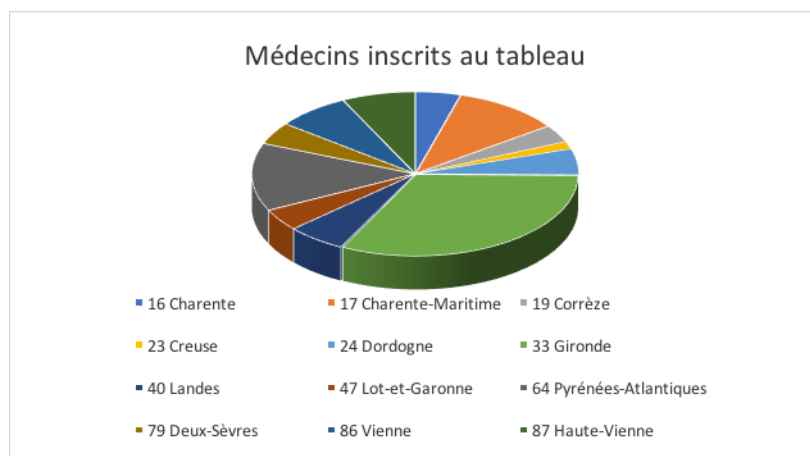


Tableau 2 : Nombre de médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins par Départements en Région Nouvelle Aquitaine

Figure 5 : Répartition des médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins par Départements en Région Nouvelle Aquitaine

Parmi l'ensemble des médecins inscrits, 18 542 sont en activité totale, et on dénombre 1722 retraités actifs et 5880 retraités sans activités. La moyenne d'âge de l'ensemble des médecins inscrits est de 57,3 ans et de 51 ans pour l'ensemble des médecins inscrits en activité régulière. Quant à la part des femmes elle représente 44 % en 2016.

Si on s'intéresse aux médecins généralistes on en recense 13 381 tout mode d'activité confondu, dont 8429 sont en activité régulière. En 2016, la densité médicale des médecins généralistes est de 140,5 médecins pour 100 000 habitants.

8.4. Annexe 4 : Répartition des MSP en Région Nouvelle Aquitaine

Selon les données actuelles de l'ARS, il existe en région NA :

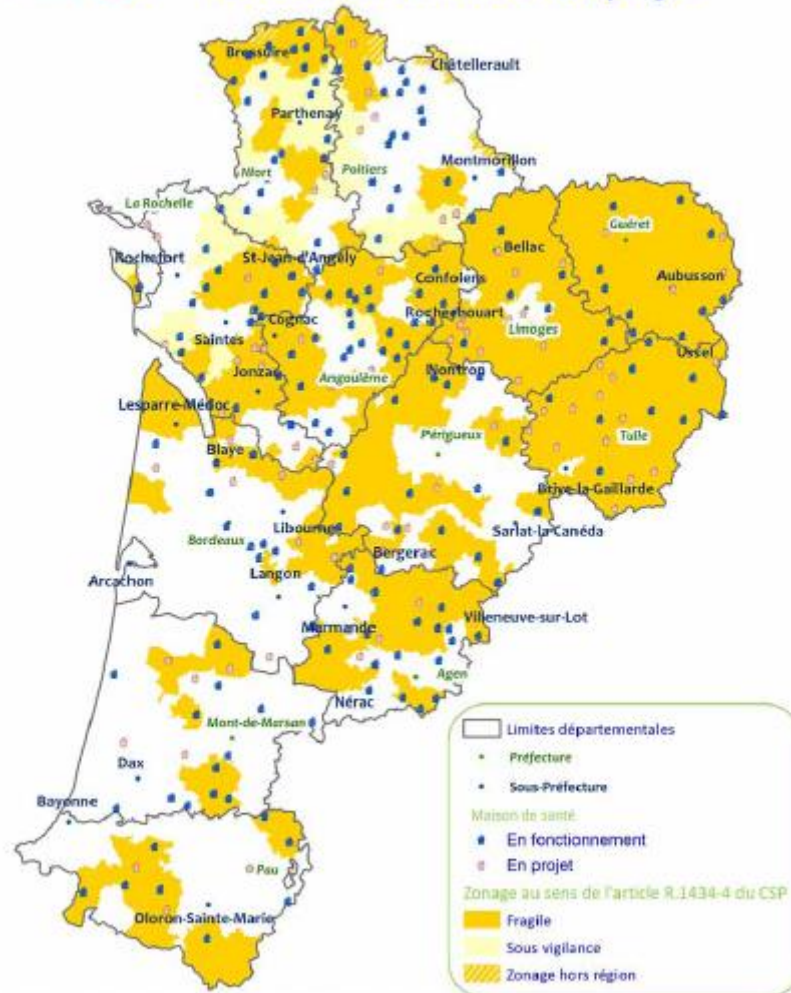
☒ 205 MSP en activité :

- 24 en Charente et 4 en projet
- 18 en Charentes Maritime et 11 en projet
- 14 en Corrèze et 14 en projet
- 10 en Creuse et 4 en projet
- 32 en Dordogne et 16 en projet
- 12 en Gironde et 7 en projet
- 13 dans les Landes et 5 en projet
- 18 dans le Lot et Garonne et 4 en projet
- 15 dans les Pyrénées Atlantique et 5 en projet
- 22 dans les Deux Sèvres et 2 en projet
- 19 dans la Vienne et 8 en projet
- 8 en Haute Vienne et 12 en Projet

☒ 92 MSP en projet :

- Charente : 4 en projet
- Charentes Maritime : 11 en projet
- Corrèze : 14 en projet
- Creuse : 4 en projet
- Dordogne : 16 en projet
- Gironde : 7 en projet
- Les Landes : 5 en projet
- Le Lot et Garonne : 4 en projet
- Les Pyrénées Atlantique : 5 en projet
- Les Deux Sèvres : 2 en projet
- La Vienne : 8 en projet
- Haute Vienne : 12 en Projet

La carte ci-dessous illustre la répartition des MSP en 2016 en Région NA.



Sources : corrigé des SDES actualisés publiés avant le 31/03/2016, en vigueur au 31 janvier 2017 ;
 MSP : DSDA/DSDS 2017
 Conception et réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine / DSDP / Pôle études, statistiques et évaluation - 25/08/2017

Figure 7 : Répartition des MSP en Région Nouvelle Aquitaine en fonctionnement et en projet en 2017

8.5. Annexe 5 : Catégories d'usagers

Caractéristiques de l'échantillonnage représentatif d'une patientèle de médecine générale :

- 1) patients entre 60 et 80 ans, retraités, suivis pour une maladie chronique en ALD, consultant au cabinet (renouvellement d'ordonnance, pathologies aiguës, maux de la personne d'âge mûr)
- 2) patients entre 40 et 60 ans, actifs, sans pathologie chronique ni ALD, consultant pour les pathologies des adultes d'âges mûrs
- 3) Patients entre 40 et 60 ans, actifs, avec pathologie chronique, plus ou moins en ALD, avec des motifs de consultations tels que le renouvellement de traitement, et éducation thérapeutique
- 4) Patient de plus de 80 ans, présentant une maladie chronique, vu uniquement à domicile (quel que soit le motif de consultation)
- 5) Patient entre 25 et 40 ans, actif ou non, sans pathologies chroniques, sans suivi régulier, avec des consultations ponctuelles au cabinet
- 6) Patient entre 25 et 40 ans, consultant pour des motifs d'ordre psychosomatique, psychologique, quelle que soit la situation socio-économique
- 7) Patient entre 18 et 25 ans, consultant pour certificat de non contre indication à la pratique sportive
- 8) Patient entre 25 et 40 ans, accompagnant les enfants en consultation
- 9) Patients inclus dans le suivi via IDE ASALEE

Une répartition homme/femme doit être effectuée dans les différentes catégories ainsi que les situations socio-économiques.

Seront exclus : les patients mineurs, les patients dont l'état cognitif ne permet pas la compréhension des questions

8.6. Annexe 6 : Grille d'entretien

Grille d'Entretien

1) Avant de débiter cet entretien, nous aurions besoin d'informations vous concernant. Pour cela pourriez-vous vous présenter ?

- âge, sexe, situation socio-familiale
- existence d'une maladie chronique, en ALD ou non

2) Souffrez-vous d'une maladie chronique ? Laquelle ?

3) Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin traitant actuel ? Etiez-vous suivi par votre médecin dans le cadre d'un cabinet individuel auparavant ?

Si non, pourquoi avez-vous choisi de rejoindre la Maison de Santé pluriprofessionnelle ?

4) L'objectif de ce travail est d'évaluer la perception des patients en terme de qualité de soins, au sein de votre Maison de santé pluriprofessionnelle, dans les différentes dimensions qu'elles représentent.

Toutefois, les définitions de la qualité des soins en médecine générale, sont multiples, c'est pourquoi nous aimerions savoir ce que signifie pour vous la qualité des soins ?

Au travers de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins comporte trois grandes dimensions: l'organisation des soins, les caractéristiques de la structure des soins ainsi que les compétences cliniques et relationnelles du professionnel. Nous allons donc tenter d'aborder avec vous ces trois dimensions.

5) **Si nous évoquons le thème de « l'organisation des soins », que l'on peut comparer « au fonctionnement » ou « à l'organisation des professionnels de la maison de santé » à quoi cela peut-il se rapporter selon vous ?**

Questions de relance :

- *la gestion du temps : Qu'attendez-vous en terme de délai d'obtention d'un rendez-vous/délai d'attente en salle d'attente/durée de consultation*
- *Que pouvez-vous me dire concernant la disponibilité du médecin : joignable par téléphone, facilité d'obtention de rendez-vous ou de visite à domicile*
- *Si je vous parle de la continuité des soins : quelles sont vos attentes ?*
- *La pluriprofessionnalité : quelles sont vos attentes ? (la présence de différents professionnels de santé au sein de la structure, le travail d'équipe, les relations avec les spécialistes hospitaliers ou non hospitaliers)*
- *le partage des informations médicales (dossier commun), la présence d'un étudiant, la possibilité de formation des médecins...*

6) Qu'en est-il au sein de votre Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?

Maintenant, nous allons aborder la deuxième dimension qui correspond aux « caractéristiques du lieu de soins/de la structure »

7) Quels sont les critères qui vous semblent importants répondre en terme de qualité de soins ?

Questions de relance :

- *Existe-t-il un secrétariat ?*
- *Que pouvez-vous me dire sur l'accessibilité ? : localisation de la MSP, présence d'un parking plus ou moins adapté, plus ou moins l'existence de transports en commun à proximité*
- *La qualité d'accueil : téléphone, arrivée à la MSP, par les professionnels*
- *Qu'en est-il des lieux ? qualité de la salle d'attente, salle d'attente commune ou non aux différents professionnels, la présence d'information/de moyens de prévention, présence de distraction (musique ...) et jeux pour enfants, confidentialité des informations (position secrétariat, isolation...)*
- *Que savez-vous du fonctionnement ? horaires d'ouverture, horaires de permanences des différents professionnels...*

8) Qu'en est-il au sein de votre MSP ?

La qualité des soins est également inhérente aux « compétences cliniques et relationnelles » des professionnels qui vous prennent en charge.

9) Pour vous, quelles doivent être ces compétences ?

Questions de relance :

- *Quelles sont les qualités relationnelles attendues pour parler « d'un bon médecin » ?*
- *Quelles sont les compétences techniques et théoriques, incluant également la notion de formation continue ?*
- *Qu'en est-il des prises de décision vous concernant ? partage des décisions : avec le patient, en équipe, avec les spécialistes...*
- *L'information du professionnel vous paraît-elle importante ? (la communication sur le diagnostic, les traitements, la prévention...)*

10) Qu'en est-il au sein de votre MSP ?

Du fait de l'allongement de la durée de vie, les maladies chroniques sont en augmentation. Elles sont sources d'un suivi régulier, et peuvent présenter plusieurs complications. En réponse à cela, nos Autorités mettent l'accent sur la prévention, notamment en médecine générale.

11) Selon vous, quels sont les thèmes concernés par la prévention et quels sont les moyens utilisés ?

12) Qu'en est-il au sein de votre MSP ?

13) Si vous deviez comparer la qualité des soins entre les soins dispensés en cabinet individuel (que vous avez pu rencontrer auparavant) et ceux dispensés au sein de votre MSP, que pourriez-vous dire ?

Exemple : meilleur suivi pour....., moins bien par rapport à....

14) D'une manière globale êtes-vous satisfait de votre prise en charge au sein de votre MSP ? si oui, en quoi l'êtes-vous ?

15) Si vous pouviez, quelles propositions feriez-vous à votre MSP en vue d'une amélioration de la qualité des soins

8.7. Annexe 7 : Document fourni aux usagers de la Maison de Santé lors de l'échantillonnage

Madame, Monsieur,

A l'heure où les inégalités d'accès aux soins primaires de la population française sont une source de préoccupation du quotidien pour les médecins et le gouvernement, et devant l'émergence de pathologies chroniques, votre médecin a choisi de rejoindre la Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

Dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins au sein de cette structure, nous vous proposons de participer à une étude en collaboration avec votre médecin. L'objectif principal de cette étude est de s'assurer que la prise en soins dont vous bénéficiez est en accord avec vos attentes, ainsi que de soulever des propositions d'amélioration.

Cette étude s'intègre dans le cadre d'un travail de Thèse en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Médecine Générale.

Dans le cadre de ce travail, nous souhaiterions réaliser un entretien qui suivra une trame pré établie, et au cours duquel vous aurez la liberté d'exprimer vos attentes, vos opinions ainsi que toute autre proposition. Nous insistons sur le fait que votre anonymat sera garanti.

Afin de faciliter votre engagement dans ce travail, nous vous proposons de vous rencontrer à votre domicile.

En vous remerciant par avance pour votre participation.

Amandine PAL, Interne en Médecine Générale, Thésarde
Dr N. NAMMATHAO, Directeur de Thèse

9. RESUME

Titre : Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins : quels critères du point de vue des patients ? Etude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey

Introduction : Dans un contexte actuel de désertification médicale, les maisons de santé pluriprofessionnelles ne cessent de s'accroître sur le territoire français. Au-delà du maintien de l'accès au soin, ces structures ont également pour but aux yeux des professionnels de santé d'optimiser la qualité des soins, enjeu majeur de santé publique. L'objectif de cette étude est de définir les attentes des usagers en terme de qualité des soins au sein de ces structures.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de patients d'une maison de santé pluriprofessionnelle multi site en région Auvergne Rhône Alpes.

Résultats : La saturation des données est obtenue après 13 entretiens, effectués auprès de patients représentatifs d'une patientèle de soins ambulatoires. Les usagers rapportent que la qualité des soins est principalement inhérente au professionnel de santé en particulier à la relation médecin-patient, attachant une importance aux explications délivrées, ainsi qu'à l'écoute et la compétence du médecin. Ils attendent également une disponibilité des professionnels : joignabilité et continuité des soins étant les principales demandes. Pour autant, ils attachent moins d'importance aux locaux et moyens matériels et humains complémentaires.

Discussion : Les maisons de santé pluriprofessionnelles semblent répondre en partie aux attentes des usagers, principalement par la continuité des soins qu'elles assurent. Néanmoins, évolution récente du système de soins français le recul ne parait pas suffisant pour conclure à une meilleure qualité des soins selon les usagers. Des études quantitatives ultérieures pourraient conclure à un apport qualitatif dans les soins ambulatoires curatifs et préventifs.

Mots clés : Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Qualité des soins, Usagers, Attentes

10. ABSTRACT

Title : Multi-professional health center and quality of care: what criteria from the patients' point of view? Preliminary qualitative study at the Amberieu en Bugey multi-professional health center

Introduction: In a current context of medical desertification, multi-professional health center are constantly growing on French territory. Beyond maintaining access to care, these structures also aim, in the eyes of health professionals, to optimise the quality of care, a major public health issue. The objective of this study is to define users' expectations in terms of quality of care within these structures.

Material and Method : A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with patients from a multi-professional multi-site health center in the Auvergne Rhône Alpes region.

Results: Data saturation was obtained after 13 interviews with patients representative of an ambulatory care patient population. Users report that the quality of care is mainly inherent to the health professional, in particular to the doctor-patient relationship, attaching importance to the explanations given, as well as to the physician's listening skills and competence. They also expect professionals to be available: accessibility and continuity of care being the main demands. However, they attach less importance to complementary premises and material and human resources.

Discussion: Multi-professional health centers seem to partly meet users' expectations, mainly through the continuity of care they provide. Nevertheless, recent developments in the French healthcare system do not seem to be sufficient to conclude that the quality of care is better according to the users. Further quantitative studies may conclude that there is a qualitative contribution to outpatient curative and preventive care.

Keywords: multi professional health center, quality of care, users, expectations

TITRE : Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins : quels critères du point de vue des patients ? Etude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey

RESUME

Introduction : Dans un contexte actuel de désertification médicale, les maisons de santé pluriprofessionnelles ne cessent de s'accroître sur le territoire français. Au-delà du maintien de l'accès au soin, ces structures ont également pour but aux yeux des professionnels de santé d'optimiser la qualité des soins, enjeu majeur de santé publique. L'objectif de cette étude est de définir les attentes des usagers en terme de qualité des soins au sein de ces structures. **Matériel et Méthode** : Une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de patients d'une maison de santé pluriprofessionnelle multi site en région Auvergne Rhône Alpes. **Résultats** : La saturation des données est obtenue après 13 entretiens, effectués auprès de patients représentatifs d'une patientèle de soins ambulatoires. Les usagers rapportent que la qualité des soins est principalement inhérente au professionnel de santé en particulier à la relation médecin-patient, attachant une importance aux explications délivrées, ainsi qu'à l'écoute et la compétence du médecin. Ils attendent également une disponibilité des professionnels : joignabilité et continuité des soins étant les principales demandes. Pour autant, ils attachent moins d'importance aux locaux et moyens matériels et humains complémentaires. **Discussion** : Les maisons de santé pluriprofessionnelles semblent répondre en partie aux attentes des usagers, principalement par la continuité des soins qu'elles assurent. Néanmoins, évolution récente du système de soins français le recul ne parait pas suffisant pour conclure à une meilleure qualité des soins selon les usagers. Des études quantitatives ultérieures pourraient conclure à un apport qualitatif dans les soins ambulatoires curatifs et préventifs.

TITRE EN ANGLAIS : Multi-professional health center and quality of care: what criteria from the patients' point of view? Preliminary qualitative study at the Amberieu en Bugey multi-professional health center

DISCIPLINE : Thèse d'exercice en Médecine Générale

MOTS CLES : Maison de santé pluriprofessionnelle, qualité des soins, usagers, attentes

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales, Département de Médecine Générale
146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex