



HAL
open science

Étude QUALSOPRIM : analyse qualitative secondaire d'entretiens patients réalisés dans cinq groupes d'exercice coordonné en soins primaires, en vue d'un questionnaire d'évaluation de la qualité des soins pour les patients

Marie Dohollou

► **To cite this version:**

Marie Dohollou. Étude QUALSOPRIM : analyse qualitative secondaire d'entretiens patients réalisés dans cinq groupes d'exercice coordonné en soins primaires, en vue d'un questionnaire d'évaluation de la qualité des soins pour les patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02099879

HAL Id: dumas-02099879

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02099879>

Submitted on 15 Apr 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITÉ de BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

THÈSE DE DOCTORAT DE MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

DIPLOME D'ETAT

Par Mme Marie DOHOLLOU

Née le 13/07/1990

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

Jeudi 04 avril 2019

Etude QUALSOPRIM : analyse qualitative secondaire d'entretiens patients réalisés dans cinq groupes d'exercice coordonné en soins primaires, en vue d'un questionnaire d'évaluation de la qualité des soins pour les patients.

Président : Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres du Jury : Professeur Jean-Yves LE RESTE,

Docteur Jeremy DERRIENIC,

Professeure Françoise LE BORGNE-UGUEN,

Docteur Patrice NABBE,

Docteur Antoine DANY

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST

DOYENS HONORAIRES:

Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN :

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMÉRITES

Professeur BARRA Jean-Aubert

Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire

Professeur LAZARTIGUES Alain

Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

Professeur BLANC Jean-Jacques Cardiologie

Professeur CENAC Arnaud Médecine Interne

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel Réanimation Médicale

FEREC Claude Génétique

GARRE Michel Maladies Infectieuses - Maladies tropicales

MOTTIER Dominique Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

ABGRALL Jean-François Hématologie - Transfusion

BOSCHAT Jacques Cardiologie & Maladies Vasculaires

BRESSOLLETTE Luc Médecine Vasculaire

COCHENER - LAMARD Béatrice Ophtalmologie

COLLET Michel Gynécologie - Obstétrique

DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc Pédiatrie

DE BRAEKELEER Marc Génétique

DEWITTE Jean-Dominique Médecine & Santé au Travail

FENOLL Bertrand Chirurgie Infantile

GOUNY Pierre Chirurgie Vasculaire

JOUQUAN Jean Médecine Interne

KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SENECAIL Bernard	Anatomie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire

COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale

SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
STINDEL Eric	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS des Universités – praticien Libéral

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	--------------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS

LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale
--------------------------	--------------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

ABALAIN-COLLOC Marie Louise	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale
SEBERT Philippe	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

ABALAIN Jean-Hervé	Biochimie et Biologie moléculaire
---------------------------	--

AMICE Jean	Cytologie et Histologie
CHEZE-LE REST Catherine	Biophysique et Médecine nucléaire
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
VOLANT Alain	Anatomie et Cytologie Pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

Au Docteur Jérémy DERRIENNIC, pour avoir dirigé cette thèse, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et son soutien qui m'ont été d'une aide précieuse tout au long de ce travail.

Au Professeur Jean-Yves LE RESTE, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse, pour son implication et ses conseils avisés dans la réalisation de cette thèse.

A Madame le Professeur Françoise LE BORGNE-UGUEN et au Docteur Patrice NABBE, pour m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse.

Au Docteur Antoine DANY, pour avoir accepté de faire partie du jury, et pour sa participation et ses conseils durant la réalisation de ce travail.

A Marine CARTON, pour sa participation à ce travail, ainsi qu'à Annabelle HOFNUNG et Margaux SEI : merci pour ce travail d'équipe, et pour les bons moments partagés durant l'internat. C'est un plaisir de soutenir cette thèse avec vous.

A tous les membres de l'équipe QualSoPrim pour leurs travaux réalisés.

A mes parents : merci de m'avoir encouragée et soutenue tout au long de mes études.

A ma famille et à mes amis : merci d'être là et de me soutenir.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	9
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	12
RESUME.....	13
ABSTRACT.....	14
LISTE DES ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	16
Soins primaires.....	16
Coordination des soins primaires et maisons de santé pluriprofessionnelles.....	16
Soins centrés sur le patient.....	17
La place du proche-aidant.....	17
Définir et évaluer la qualité des soins.....	17
MATERIEL ET METHODE.....	19
RESULTATS.....	22
A. DISPONIBILITE.....	26
A1. Gestion de la prise de rendez-vous.....	26
A2. Délai d'attente de rendez-vous.....	26
A3. Flexibilité d'organisation des soins.....	27
A4. Ponctualité.....	27
B. ACCESSIBILITE.....	27
B1. Accessibilité physique et géographique.....	27
B2. Accessibilité des soignats.....	27
B3. Soins à domicile.....	28
B4. Impact financier des soins.....	28
B5. Place de l'argent dans la relation avec les soignants.....	28
B6. Certificats et démarches administratives.....	29
C. AMENAGEMENT DES LOCAUX.....	29
C1. Aménagements de confort.....	29
C2. Confidentialité.....	30

D. SOINS MEDICAUX TECHNIQUES.....	30
D1. Compétence.....	30
D2. Temps de soin.....	31
D3. Efficacité des soins.....	31
E. RELATION PROFESSIONNEL-PATIENT.....	31
E1. Communication.....	32
E2. Relation humaine.....	32
E3. Relation de confiance.....	32
E4. Recherche des souhaits et besoins du patient.....	32
E5. Secret médical.....	32
F. SOINS CENTRES SUR LE PATIENT.....	33
F1. Retentissement psycho-social.....	33
F2. Information donnée au patient.....	33
F3. Implication du patient.....	33
F4. Séances d'éducation thérapeutique.....	34
G. PRISE EN COMPTE DES AIDANTS.....	34
G1. Implication des aidants.....	34
G2. Soutien des aidants.....	34
H. ORGANISATION DES SOINS DANS LA MSP.....	35
H1. Diversité de l'offre de soins.....	35
H2. Coordination du parcours de soins.....	36
H3. Présence d'étudiants en formation.....	36
I. ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS.....	37
I1. Diversité de l'offre de soins.....	37
I2. Coordination du parcours de soins.....	37
I3. Permanence des soins.....	37
I4. Accès aux soins de second recours.....	38
I5. Démographie médicale.....	38
DISCUSSION.....	39
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 les 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION

En soins primaires, la complexité des patients multimorbides a entraîné un changement dans l'organisation des soins des différents professionnels de santé. Les soins pouvaient s'organiser en groupes d'exercice coordonné (GECO), dans des structures pluri-professionnelles. Dans le modèle de soins actuel centré sur le patient, il était nécessaire d'interroger le point de vue du patient dans la définition de la qualité des soins, afin d'améliorer les pratiques de soin primaire. En l'absence d'outil validé existant, l'objectif de l'étude était de synthétiser les analyses d'entretiens patients de cinq GECO et d'identifier des aspects de soin qui serviront de base à l'élaboration d'un questionnaire.

METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative multicentrique en analyse secondaire d'entretiens de patients recueillis et analysés sur cinq GECO de Bretagne. Les patients étaient considérés comme multimorbides par les professionnels et nécessitaient une prise en charge complexe coordonnée.

RESULTAT

La synthèse des analyses des cinq GECO a permis d'obtenir neuf dimensions de soin : la disponibilité, l'accessibilité, l'aménagement des locaux, les soins médicaux techniques, la relation professionnel-patient, les soins centrés sur le patient, l'implication de l'aidant, l'organisation des soins dans la structure, l'organisation territoriale des soins. Les dimensions de soins ont été divisées en trente-quatre aspects de soins, eux-mêmes subdivisés en quatre-vingt douze aspects spécifiques d'expérience de soins.

DISCUSSION

L'étude a retrouvé les dimensions du soin explorées dans les outils d'évaluation existants dans la littérature, avec l'émergence de nouvelles dimensions : le rôle du proche-aidant, l'éducation thérapeutique, l'organisation territoriale des soins. La synthèse comparée des cinq centres a permis une saturation et une transférabilité des données, ainsi qu'une diversité des échantillons. Les dimensions de soin ont été ordonnées afin de modéliser l'expérience de soin du patient de la façon la plus exhaustive possible. Cette synthèse servira de base à la construction d'un premier questionnaire patient en phase 2 de l'étude QualSoPrim.

ABSTRACT

INTRODUCTION

In primary care, the complexity of multimorbid patients lead to a change in multi-professional healthcare. Healthcare can be organised in coordinated groups within multi-professional structures. In the present model of patient-centered care, it was necessary to question the patients' definition of the quality of care, in order to improve the practises. As no validated tool exists, the objective of the study was to synthetise the analyses of patients interviews in five healthcare centers, to identify healthcare aspects for the further making of a survey.

METHOD

A multicentric qualitative study in the secondary analysis of patient interviews recorded and analysed in five healthcare centers in the Brittany region. The patients were identified as multimorbid and needing complex care by the healthcare professionals.

RESULTS

The synthesis of the analyses of five centers brought nine healthcare dimensions : disponibility, accessibility, local layouts, technical medical care, patient-professional relations, patient-centered care, helper's involvment, organised care within the structure, territorial organisation of care. The dimensions were divided into thirty four care aspects, then divided into ninety-two specific aspects of experience of care.

DISCUSSION

The study found the healthcare dimensions existing in measure tools within the literature. New dimensions were found : the helper's role, therapeutic education, territorial organisation of care. The comparison of the five centers allowed data saturation and transferability, and sample diversity. The dimensions of care were organised so as to modelise an exhaustive patient healthcare experience. This will be a base to make a first survey in phase 2 of QualSoPrim study.

LISTE DES ABREVIATIONS

- HAS : Haute Autorité de Santé
- GECCO : Groupe d'exercice coordonné
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ALD : Affection longue durée
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- ARS : Agence régionale de Santé
- IOM : Institute of Medicine

INTRODUCTION

Soins primaires

Le terme de soins primaires est une adaptation française du "primary care" anglais, terme apparu dans les années 1960 (1). En 1978, L'OMS a proposé une définition des soins primaires (2) comme étant « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays. ». En 1996, L'American Institute of Medicine a apporté une définition plus précise (3) : « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. ». Les médecins généralistes sont des acteurs primordiaux dans la mission de soins primaires ; en pratique, les soins primaires impliquent tous les professionnels de santé intervenant en première ligne. (4)

Coordination des soins primaires et maisons de santé pluriprofessionnelles

Le vieillissement de la population, les progrès de la médecine et l'amélioration des prises en charge des pathologies chroniques ont contribué à modifier la population des patients rencontrés en soins primaires. Ces patients présentent des problèmes de santé multiples et imbriqués, et représentent une proportion importante de la patientèle en médecine générale (5). C'est dans ce contexte qu'a émergé le concept de multimorbidité, se définissant comme « l'association d'une maladie chronique avec au moins une autre maladie aiguë ou chronique ou un facteur biopsychosocial ou un facteur de risque somatique » (6). La multiplicité des soins et services nécessaires aux patients multimorbides représente un défi dans l'organisation et la coordination des soins entre les différents professionnels de soins de santé primaires sur le territoire (7).

Pour relever ce défi, de nouveaux modes de regroupement des professionnels en soins primaires ont vu le jour.

Les GECO (Groupes d'Exercice Coordonné) peuvent s'organiser en pôles ou maisons de santé. Ils structurent leur organisation autour d'un projet de santé et d'un territoire, peuvent s'organiser autour de prises en charge spécifiques et peuvent servir de fondements à une mutualisation de l'organisation professionnelle (8).

Le concept de Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP) a été introduit en 2007 puis redéfini dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : « 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 (9,10). Leur mission est de faciliter l'accès

aux soins, favoriser les conditions d'exercice, améliorer les pratiques et la qualité des soins (11). Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont chargées d'examiner, de soutenir et de suivre les projets de regroupements des professionnels de santé ayant un projet de MSP, qui doit comprendre un projet professionnel et un projet de soins (10), dans des territoires découpés en zones selon la densité de l'offre de soins primaires.

Soins centrés sur le patient

Un deuxième changement fondamental est celui de la place du patient dans les décisions médicales le concernant, et sa relation au médecin et aux professionnels de santé. L'ancien modèle « paternaliste », où le médecin était le seul décisionnaire, a été remplacé par un modèle « informatif » où le patient est en possession des informations concernant sa santé et qui lui permettent de prendre ses propres décisions. De ce changement de paradigme a émergé le concept de décision médicale partagée, définie dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » (12,13,14). Ce modèle implique une véritable coopération entre le patient et son médecin, où l'information est partagée et le consentement du patient respecté : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ces choix ». Les données de la littérature tendent à montrer que la qualité de la collaboration entre médecin et patient a un impact positif sur le suivi des traitements et la qualité des soins.

La place du proche-aidant

La transition épidémiologique vers une prédominance de maladies chroniques a fait participer un nouvel acteur dans le parcours de soin des patients : le proche-aidant, dont le rôle devient prépondérant dans le soutien et l'accompagnement du patient à travers sa maladie et sa vie quotidienne. Pour les patients les plus fragiles, la présence du proche-aidant est indispensable pour la coordination des soins et le maintien à domicile. L'enjeu des professionnels de santé est d'intégrer le proche-aidant dans la dynamique patient-soignant, et de reconnaître l'épuisement de l'aidant pour lui apporter un soutien individuel. (15)

Définir et évaluer la qualité des soins

La qualité des soins est un concept vaste et multidimensionnel dont il est nécessaire de définir le cadre afin de pouvoir l'analyser et l'évaluer.

Selon l'OMS, la qualité des soins est la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque

iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... » (16)

L'Institut de Médecine des Etats-Unis (IOM) a défini la qualité des soins comme étant « la 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 ».

La notion de qualité des soins est donc évolutive et, multidimensionnelle et tend à intégrer le point de vue des patients. (17) En France, beaucoup d'études se sont déjà intéressées à la perception professionnels mais encore peu aux patients.

La littérature a démontré, dans d'autres pays, que la qualité des soins rapportée par les patients à travers leur expérience est corrélée à celle mesurée par d'autres outils (18,19,20). Il existait dans la littérature de nombreux questionnaires explorant différentes dimensions du soin comme la qualité technique, l'approche holistique, l'accessibilité, la confiance, la communication, le respect, la continuité des soins. Cependant, le manque de validité, la quantité, la variabilité et le chevauchement de ces différents outils entraînaient une confusion quant à savoir quelles dimensions des soins primaires soins pertinentes du point de vue du patient (21,22).

En l'absence d'outil adapté et validé, l'étude QualSoPrim a entrepris d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaire en GECO intégrant le point de vue des patients en situation complexe et de leurs aidants. Afin de garantir la validité de cette échelle, l'objectif de cette étude était de synthétiser les données d'entretiens patients analysées sur cinq GECO de Bretagne, d'extraire et d'ordonner les dimensions de soins pertinentes, afin de proposer une base pour un premier questionnaire patient.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative multicentrique en analyse secondaire d'entretiens de patients recueillis et analysés sur cinq GECO du Finistère et des Côtes d'Armor (Carte 1). Elle participait à la conclusion de la phase 1 de l'étude QualSoPrim (Figure 1).

Carte 1 : Répartition géographique des 5 GECO étudiées (en bleu sur la carte)

Maisons de santé pluriprofessionnelles - Décembre 2018

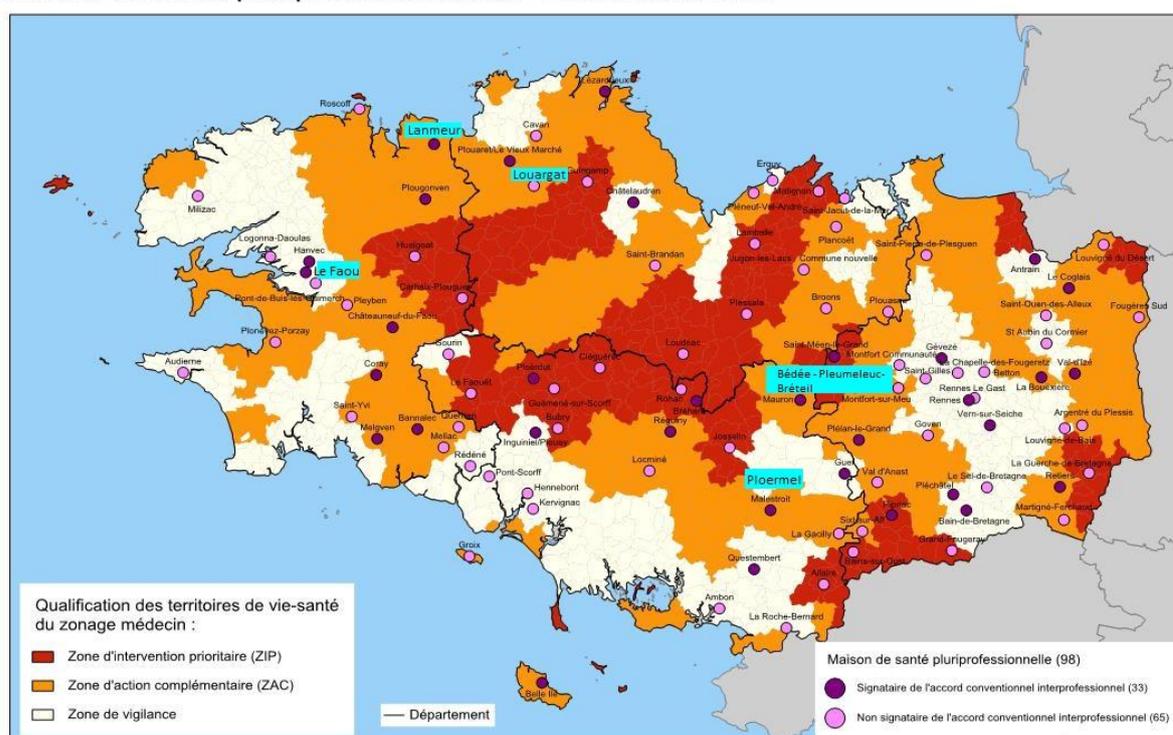


Figure 1 : Descriptif des trois phases de l'étude QualSoPrim (23)

Phase 1 : Etude qualitative et développement d'une échelle par domaine

Etude qualitative dans 5 GECO s'appuyant sur la description de situations concrètes vécues récemment et étudiant caractéristiques internes, contextes, modes de gestion de la qualité des soins vues par les patients complexes et leurs aidants



Monographie

Création d'une échelle d'évaluation à partir des typologies décrites



Réalisation de l'échelle

Phase 2 : Développement de l'échelle et Validation quantitative de la stabilité interne de l'échelle:

Détermination de la stabilité de l'échelle par le calcul de son alpha de cronbach auprès de 581 patients complexes et de leurs aidants issus des GECO.



Détermination des qualités de l'échelle

Phase 3 : Validation quantitative de la validité externe de l'échelle

Détermination de la validité externe de l'échelle en étudiant sa corrélation au ressenti global de la qualité des soins.

Dans chaque GECO, les entretiens patients ont été conduits suivant un guide d'entretien élaboré par un groupe de huit chercheurs participants à l'étude QualSoPrim composé de médecins généralistes, de médecins de santé publique des départements universitaires de médecine générale de Brest et Rennes et de sociologues du laboratoire de sociologie de l'université de Brest. Il comportait quinze questions principales ouvertes évoquant la pathologie du patient, le type, la fréquence et l'organisation du suivi dans le GECO ; la coordination des soins entre les soignants; le niveau de connaissance du patient sur la maladie et les traitements; l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie; le rôle du proche aidant ; les changements perçus depuis l'entrée en MSP et les améliorations que les patients et aidants souhaiteraient voir apporter à la structure de soins.

Neuf professions de santé de soins primaires étaient recensées sur les cinq GECO : médecin généraliste, infirmiers, kinésithérapeute, orthophoniste, pharmacien, diététicien, pédicure-podologue, psychologue et ostéopathe

Le recueil des données avait été effectué entre 2017 et 2018, en face-à-face, en entretiens individuels semi-dirigés par des équipes de médecins généralistes, d'internes de médecine générale et d'un sociologue, qui s'associaient pour chaque entretien en un binôme interne de médecine générale/sociologue. Les aidants principaux devaient être présents auprès des patients lorsque cela était possible.

Un formulaire de consentement était signé par chaque participant. Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord du patient. Enquêteurs et participants ne se connaissaient pas avant l'étude.

Les critères d'échantillonnage pour chaque GECO était d'obtenir 4 à 6 entretiens individuels de couples patients-aidants, nécessitant : une prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée, avec un minimum de deux professionnels de santé, et vécue comme complexe par les professionnels concernés. L'objectif étant d'obtenir un échantillon aussi exhaustif que possible.

Une analyse primaire des entretiens des GECO du Faou, de BPB et de Louargat était disponible (24,25,26). Elle avait été faite selon les principes de la théorisation ancrée, avec un seul codeur, avec un codage ouvert, puis une catégorisation par codages axial et sélectif. Elle avait permis, pour chacun de ces GECO, d'identifier des aspects spécifiques d'expérience de soins. Ces derniers avaient été regroupés pour faire ressortir les grandes dimensions de soins.

Concernant Lanmeur et Ploermel, les analyses des verbatims n'étaient pas disponibles au moment de cette étude. Dans cette étude, les verbatims de ces deux centres ont donc été analysés par deux internes de médecine générale selon les principes de la théorisation ancrée, en double aveugle, par codages axial et sélectif. Les aspects de soin qui ont émergé de ce codage ont été comparés à ceux qui avaient été identifiés dans les analyses des trois autres centres.

Dans cette étude, un dernier codage sélectif des analyses des cinq centres a permis de retenir un corpus de dimensions de soins. Pour chacune de ces dimensions, une définition a été proposée. Chaque dimension de soin a été déclinée en domaines puis en sous-domaines, issus d'une synthèse comparative des domaines et sous-domaines identifiés dans les analyses primaires. Les dimensions de soins, domaines et sous-domaines ont été réordonnées à l'aide d'un logiciel de tableur (Microsoft Excel). Chaque domaine a été illustré par des extraits de verbatim issu des entretiens jugés les plus marquants sur les cinq GECO. Les résultats obtenus ont été exprimés sous forme de tableau.

Les résultats étaient régulièrement comparés entre les deux chercheurs, et discutés lors de réunions avec d'autres chercheurs du groupe de thèse et le chercheur senior, afin d'assurer une certaine objectivité de l'analyse et une cohérence avec les données des verbatims. En cas de désaccord entre les chercheurs, un consensus était obtenu après comparaison des analyses et discussion.

RESULTATS

L'échantillonnage sur les cinq centres a permis le recrutement de 26 patients et de 20 aidants, dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : résumé des caractéristiques des patients des cinq centres.

Nombre de participants	26 patients, 20 aidants
Age des patients	1 à 18 ans : 3 patients 18 à 59 ans : 7 patients 60 à 79 ans : 11 patients 80 et + : 5 patients
Sexe des patients	13 femmes, 13 hommes
Type de pathologie des patients	Neurologique : 13 patients Cardiovasculaire : 5 patients Diabète : 5 patients Psychiatrique : 6 patients Dermatologique : 3 patients Rhumatologique : 3 patients
Nombre de professionnels consultés par patient	de 1 à 3 : 11 patients de 3 à 4 : 13 patients plus de 4 : 2 patients
Profession des patients	Retraité : 15 patients Scolarisé : 2 patients Invalidité : 1 patient Employé : 4 patients Gardé à domicile (nourrisson) : 1 patient NC : 3 patients
Distance du domicile à la MSP	Même ville : 11 patients Moins de 5km : 1 patient plus de 5km : 5 patients NC : 9 patients
Mode de vie à domicile	Seul : 1 patient Avec conjoint : 18 patients, Seul avec enfant majeur : 3 patients Chez les parents : 4 patients
Lien de l'aidant par rapport au patient	Parent : 4 patients Enfant : 3 patients, Conjoint 14 patients, Pas d'aidant : 4 patients Patient lui-même aidant : 1 patient

L'exhaustivité de l'échantillon a été assurée comme le démontre le tableau 1.

La synthèse des analyses des cinq MSP a permis d'obtenir neuf dimensions de soin : la disponibilité, l'accessibilité, l'aménagement des locaux, les soins médicaux techniques, la relation professionnel-patient, les soins centrés sur le patient, l'implication de l'aidant, l'organisation des soins dans la structure, l'organisation territoriale des soins.

Les dimensions de soins ont été divisés en 34 aspects de soins, eux-mêmes subdivisés en 92 aspects spécifiques d'expérience de soins.

La synthèse des analyses est exposée dans le tableau 2.

Chaque dimension de soin est représentée par une carte heuristique.

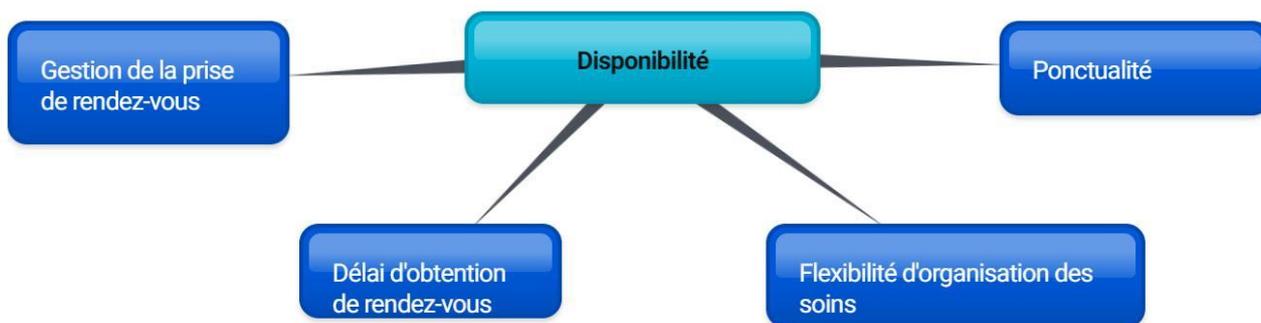
Dimension de soin	Aspect du soin	Aspect spécifique d'expérience du soin
Disponibilité	Gestion de la prise de rendez-vous	Prise de rendez-vous par téléphone Prise de rendez-vous par internet Prise de rendez-vous directement auprès des soignants
	Délai d'obtention de rendez-vous	En soins primaires : pour une consultation programmée En soins primaires : pour un problème ponctuel ou semi-urgent En soins primaires : en situation urgente Créneaux de consultations non programmés
	Flexibilité d'organisation des soins	Choix du créneau de consultation Choix du professionnel Possibilité de regrouper plusieurs rendez-vous
	Ponctualité	Temps d'attente au cabinet
Accessibilité	Accessibilité physique et géographique	Proximité géographique de la structure Regroupement géographique des soignants Accessibilité du transport individuel Accessibilité des personnes à mobilité réduite Accessibilité médiatique
	Accessibilité des soignants	Niveau de filtration de l'accès aux soignants Accès à des conseils téléphoniques Autres moyens de communication (SMS, mail)
	Soins à domicile	Possibilité de visiter à domicile
	Impact financier des soins	Coût des soins non remboursés
	Place de l'argent dans la relation avec les soignants	Réalisation d'actes gratuits ou minorés Prise en compte des aides financières (tiers-payant, CMU)
	Certificats et démarches administratives	Réalisation des demandes d'ALD Réalisation des bons de transport
Aménagement des locaux	Aménagements de confort	Aménagement des espaces intérieurs Confort acoustique Confort thermique Commodités Jeux pour enfants
	Confidentialité	Qualité de l'insonorisation Confidentialité des professionnels dans les espaces communs Confidentialité en salle d'attente Equipeement Affichage et informations
Soins médicaux techniques	Compétence	Attention accordée au problème médical Minutie de l'examen clinique Rapidité diagnostique Réévaluation diagnostique Traitement des examens complémentaires Technicité des soins
	Temps de soin	Temps de soin disponible Adaptation du temps de soin au problème du patient
	Efficacité des soins	Amélioration ou stabilisation de l'état de santé Diminution du besoin en médicaments
Relation professionnel-patient	Communication	Aisance dans la communication Ecoute active

		Aisance avec les enfants
Relation professionnel-patient (suite)	Relation humaine	Qualité de l'accueil Proximité relationnelle Empathie
	Relation de confiance	Confiance envers les soignants
	Recherche des souhaits et besoins du patient	Adaptation des soins en fonction du patient
	Secret médical	Respect du secret médical au secrétariat Respect du consentement du patient à partager des informations le concernant
Soins centrés sur le patient	Retentissement psycho-social	Prise en compte du retentissement psychologique lié à la maladie Prise en compte du retentissement psychologique lié à la perte d'autonomie Prise en compte du retentissement sur l'emploi et le logement Prise en compte du rôle de soutien de l'entourage Accompagnement psychologique
	Information donnée au patient	Informations concernant la maladie Informations concernant les traitements Informations concernant les aides Informations concernant les médecines non conventionnelles
	Implication du patient	Décision partagée Observance thérapeutique Motivation du patient Autonomie du patient
	Séances d'éducation thérapeutique	Apport de connaissances en séances d'éducation thérapeutique Dynamique de groupe en séances d'éducation thérapeutique Flexibilité dans la participation aux séances d'éducation thérapeutique
Implication de l'aidant	Implication des aidants	Prise en compte de l'investissement de l'aidant Partage d'informations avec les aidants
	Soutien des aidants	Accompagnement psychologique de l'aidant
Organisation des soins dans la MSP	Organisation des soins	Stabilité du suivi par un médecin référent Continuité des soins en l'absence du médecin référent Présence d'un dossier médical partagé
	Coordination des soins	Transmissions interprofessionnelles Transmissions aux soignants par le secrétariat Concertations pluriprofessionnelles Consultations pluriprofessionnelles
	Présence d'étudiants en formation	Confiance envers les étudiants
Organisation territoriale des soins	Diversité de l'offre de soin	Diversité des soins en soins primaires et de second recours
	Coordination du parcours de soins	Orientation vers un avis spécialisé Relais du suivi spécialisé Réévaluation à la sortie d'hospitalisation
	Permanence des soins	Permanence des soins en dehors de la MSP Proximité de la pharmacie de garde
	Accès soins de second recours	Proximité de l'hôpital
	Démographie médicale	Désertification médicale Saturation de la patientèle

Tableau 2 : Dimensions de soin extraites de la synthèse des analyses des cinq centres.

A. Disponibilité

Cette dimension de soins représente les moyens mis à disposition du patient pour avoir un premier contact avec les professionnels de santé en soins primaires, afin d'obtenir un rendez-vous de consultation.



created with www.bubbl.us

A1. Gestion de la prise de rendez-vous

La gestion de prise de rendez-vous a été catégorisée en trois modes : **la prise de rendez-vous au secrétariat par téléphone** : « - F : Et alors pour autant, quand vous avez besoin d'un rendez vous, est ce que vous arrivez à l'avoir assez facilement. - A : Oui, il n'y a pas de souci. - F : Vous passez par le secrétariat en général ? - A : Oui (PA4-128/135), **par internet** : « CR : je crois qu'elle paye un service pour qu'on puisse prendre des rendez-vous sur internet, ça fonctionne pas, ça fonctionne très mal. Il y a un lien, très compliqué, faudrait le garder en permanence sur le portable et y ré-accéder via internet, vous m'excusez mais tout le monde a pas le 3G ou 4G. » (PA11-394/399), **et directement auprès des soignants**.

A2. Délai d'obtention de rendez-vous

Il a été choisi de diviser cet aspect en fonction du motif et du degré d'urgence de la consultation demandée par le patient : **pour une consultation programmée, pour un problème ponctuel ou semi-urgent** : « Parce que je voulais un rendez-vous rapidement parce que le Dr Beck, elle a beaucoup de monde maintenant. Avant on arrivait à avoir un rendez-vous pour le lendemain, maintenant il faut 3-4 jours quoi... » (PA3-970/971), **en situation urgente** : « Parce qu'avant nous avions deux médecins. On leur téléphonait, on avait un rendez vous pour le lendemain ou le surlendemain maximum, et quand vous aviez une urgence et tout, vous y alliez et puis ils vous prenaient entre 2 personnes et tout. Maintenant ici il faut prendre rendez vous. » (Le Faou) **et la présence de créneaux de consultations non programmées**.

A3. Flexibilité d'organisation des soins

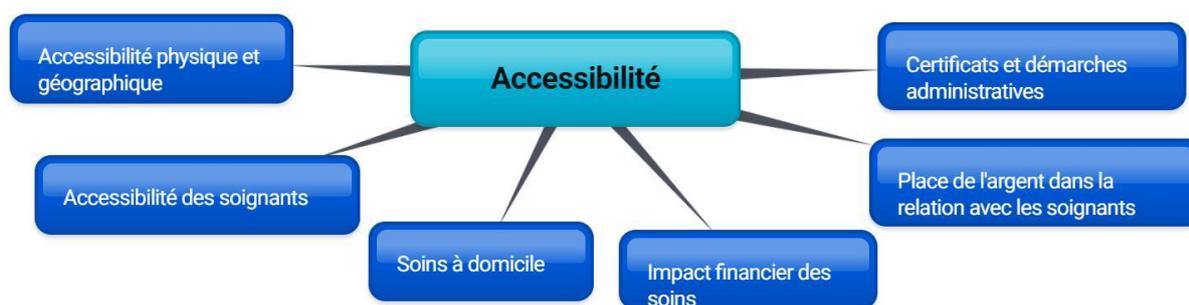
Trois aspects spécifiques ont été sélectionnés : **le choix de créneau de consultation** : « - F : Et c'est vous qui décidez l'heure des rendez vous ? - P : Non, j'ai vu ça avec eux. C'est eux qui ont décidé » (PA3-90/95), **le choix du professionnel** : « F : Dr D. Et alors comment ça s'est fait l'entrée dans la maison de santé comme on est entrain de discuter de ça. En gros vous aviez choisir Dr D comme ça ? Mme R : Bah oui, voilà, comme ça. » (PA5-58/65), **la possibilité de regrouper plusieurs rendez-vous** : « Quand t'avais rendez-vous avec ta kiné et après t'avais rendez-vous pour tes pieds, la secrétaire elle a essayé de faire pour qu'il ne revienne pas. » (PA5-1243/1244)

A4. Ponctualité

Cet aspect est marqué par **le temps d'attente au cabinet des professionnels de santé** : « - S : Et globalement sans parler de la justification du temps d'attente, vous trouvez que le temps d'attente est court, important, moyen ? - P : Non, ça dépend. Dès fois 5 minutes, parfois 10 minutes. C'est quoi dans la vie 5 minutes, 10 minutes. C'est rien du tout. » (PA2-380/383)

B. Accessibilité

Cette dimension de soins englobait tous les moyens, matériels et immatériels, facilitant ou entravant l'accès à la maison de santé par le patient, après la prise de rendez-vous.



created with www.bubbl.us

B1. Accessibilité physique et géographique

Cet aspect comprenait **la proximité géographique de la structure** : « F : Et vous allez à la maison de santé en voiture ? Mme M : Oui, en voiture. F : Parce que là elle est un peu loin ? M.M : Quatre kilomètres » (PA4-742), **le regroupement géographique des soignants** : « F : Et donc c'est en allant voir, votre premier rendez-vous avec ce médecin là que vous avez vu

qu'il y avait une diététicienne et que du coup vous êtes allé tous les deux à la première séance ? » (PA4-198/223), **l'accessibilité du transport individuel, l'accessibilité des personnes à mobilité réduite** : « Le kiné, c'est plus la salle d'attente qui est petite, donc quand mon mari arrive, je le met directement dans le coin où ils ont le bureau, pour qu'il ne bloque pas la circulation » (PA6-603/605), **l'accessibilité médiatique** : « Non je savais par le bulletin municipal que la maison de santé allait ouvrir et quand elle a ouvert bon...c'est par le bulletin municipal, en ayant tous les professionnels de mis » (PA1-292/294)

B2. Accessibilité des soignants

Il a été retenu **le niveau de filtration de l'accès aux soignants** : « On a plus accès direct à notre médecin. Avant on téléphonait au médecin et tout, on avait le médecin. Maintenant c'est fini, c'est la secrétaire qui prend au téléphone et le médecin vous rappelle après » (PA1-165/168), **l'accès à des conseils téléphoniques** : « '- S : Il vous arrive de laisser des messages à la secrétaire, des choses comme ça, pour vos médecins, ou vous attendez toujours les rendez vous pour parler ? - P : Euh non, j'attends les rendez vous » (PA2-391/393), **les autres moyens de communication (SMS, mail)** : « F : D'accord, et vous parliez de SMS, ça c'est dans quel cadre ? - P : Euh, c'était pour un dossier aussi, je crois, ou ... pour un rendez vous, je ne sais plus ce que c'était » (PA3-524/537)

B3. Soins à domicile

Il s'agit de **la possibilité par le médecin de visiter à domicile** : « F : Et quand il se déplace comme ça à domicile, c'est lié à des épisodes un peu critiques comme ça ? Mme R : Critiques ou tous les mois par rapport aux médicaments, au renouvellement de médicaments. » (PA5-166/179)

B4. Impact financier des soins

Cet aspect a été représenté par **le coût des soins non remboursés**, avec un exemple chez le podologue : « Mme A : (...) la première, elle mettait une heure pour moi. Elle, en vingt minutes c'était fait (...) elle m'a pris dix euros pour couper un pied. Alors ça, ça m'a...j'ai dit : là il y a de l'abus » (PA2-606/617) et chez le psychologue : « A : Et la psychologue vous n'étiez pas allée la voir ? Mme L : Non, je n'ai pas été la voir. A : On vous a proposé ? Mme L : Bah le Dr D commence à m'en parler oui. Mais le souci c'est qu'elle n'est pas prise en charge. Et ça, ça fait une sacrée somme quand même. » (PA1-838/843).

B5. Place de l'argent dans la relation avec les soignants

Ici, il a été retenu **la réalisation d'actes gratuits ou minorés** : « Ou alors des fois, bon ben j'avais trois enfants, bon ben, il y a des fois ils étaient tous les trois malades, eh ben je payais qu'une visite. Il aurait jamais fait payer trois visites. Même des fois quand on allait à deux, j'ai jamais payé deux visites. Sur l'autre papier il marquait 'acte gratuit' » (PA5-836/841), avec un autre exemple en pharmacie : « Et puis quand il a vu que ça faisait un moment, un grand moment que j'étais pas venue, il a tout de suite compris qu'il y avait certainement un problème

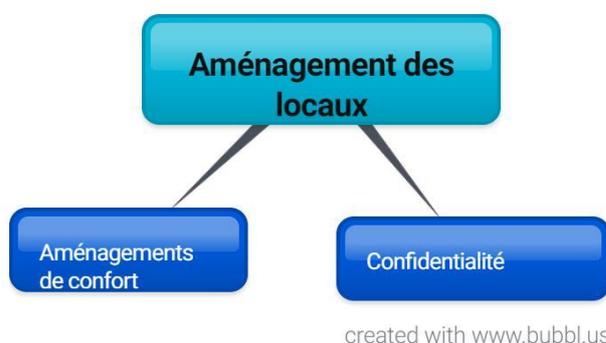
*de paiement, il a pas tergiversé. Donc, il m'a avancé un tube de cortisone » (PA11-291/293). Un autre aspect retenu était **la prise en compte des aides financières dont bénéficie le patient (prise en charge à 100%, CMU).***

B6. Certificats et démarches administratives

Les aspects de soins retrouvés dans les verbatims **sont la réalisation des demandes d'ALD** : « *Et tout de suite, hein, dès qu'il a eu la maladie, il a fait tout de suite la demande à 100 %* » (PA5-984), **la réalisation des bons de transport** : « *Même là quand il est allé au cardiologue, comme il est à cent pour cent pour son cœur, bon elle a demandé s'il fallait faire un bon de transport, j'ai dit « ben oui », donc elle fait les bons de transport systématiquement.* » (PA6-459/461).

C. Aménagement des locaux

Il s'agit de définir les caractéristiques physiques des locaux, leur ergonomie, et leur influence sur l'expérience de soin vécue par le patient.



C1. Aménagements de confort

Les items retenus pour composer cet aspect de soin sont **l'aménagement des espaces intérieurs** : « *Intervieweur : Au niveau des salles d'attente, de l'accueil, des locaux ? – Aidant : Il y a rien, non on a rien à dire [...] au contraire c'est rudement bien* » (PA5-1300/1302). Les entretiens sur le Faou ont également mis en évidence : **le confort acoustique, le confort thermique, les commodités, les jeux pour enfants.**

C2. Confidentialité des aménagements

Cet aspect a été décliné par **la qualité de l'insonorisation, et la confidentialité des professionnels dans les espaces communs et en salle d'attente** : « *Ah, non, non. Disons que c'est les usagers, enfin les médecins, la podologue tout ça qui trouvaient que l'on entendait tout ce qui se passait à côté quoi.* » (PA1-1139/1140)

C3. Equipement

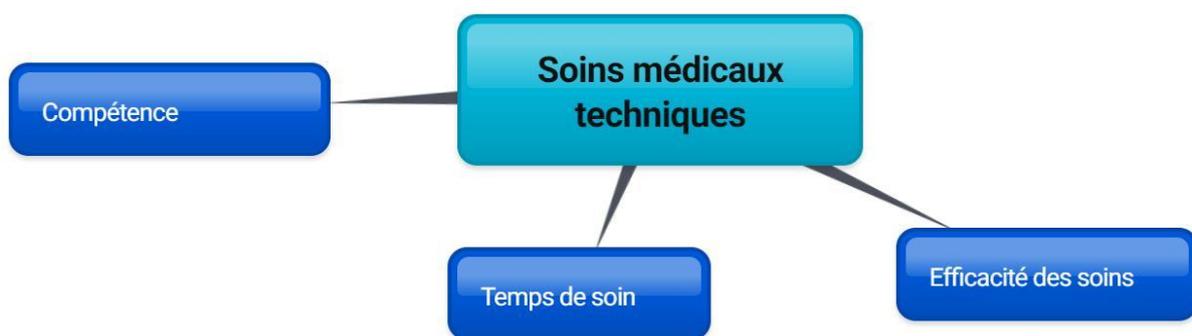
Un verbatim a été retenu sur le site de Louargat concernant le souhait d'une piscine de rééducation : « *Ah si c'est une piscine à Louargat qu'il manque, de rééducation* » (PA3-749/753)

C4. Affichage et informations

Il s'agit de la présence d'affichage en salle d'attente et de l'intérêt porté par les patients : « *Oui j'attendais mais heu affiché, il y a des affiches dans la salle d'attente. F : Et vous savez quel type d'affiches il y a ? Mme T : Non.* » (PA6-638/646)

D. Soins médicaux techniques

Dans cette dimension de soins, il a été regroupé les aspects techniques propres à la profession des soignants et leur influence sur l'expérience de soins vécue par le patient.



created with www.bubbl.us

D1. Compétence

Dans cet aspect de soin, il a été retenu : **l'attention accordée au problème médical, la minutie de l'examen clinique** : « *Il regarde tout, les jambes et tout* » (PA6-684/686), **la rapidité diagnostique** : « *Je n'ai rien à reprocher au Dr, mais là j'ai trouvé qu'il était disons un peu mou. Un peu manque de peps.* » (PA1-479/492), **la réévaluation diagnostique, le traitement des examens complémentaires** : « *On n'attend plus le résultat de la prise de sang par le*

*courrier, puis après on appelle le médecin, là c'est efficace » (PA4-539/545), la **technicité des soins** : « Je trouve que oui, aux niveaux des infirmiers, ils ont fait super bien leur travail. Pour nettoyer le pick-line, tout ça...ils prenaient énormément de sécurité, pour pas choper quoi que ce soit, ils lavaient tout ça... moi, je trouve que oui, j'ai eu des soins de qualité. » (PA3-1011/1013)*

D2. Temps de soin

Cet aspect de soin a été décliné par **le temps de soin disponible**, et **l'adaptation du temps de soin au problème du patient** : « F : *Quand il passe Dr D, combien de temps il reste ? C'est variable ? En fonction de ce qu'il y a à faire ou c'est à peu près ? Mme R : Non c'est variable. Ça dépend comment il est quoi. Il prend son temps, il discute. » (PA5-1057/1071)*

D3. Efficacité des soins

Les aspects retrouvés dans les verbatims sont **l'amélioration ou la stabilisation de l'état de santé du patient** : « Intervieweur : *On voit à travers ce que vous avez raconté tout à l'heure que en fait vous percevez qu'il y a eu une évolution sur votre pathologie, en particulier le diabète depuis votre insertion dans la maison de santé. M.M : Ah oui complètement. Bah ils m'ont, pour ainsi dire, guéri. Maintenant je suis guéri. Moi je me considère guéri. » (PA4-895/899), et la **diminution du besoin en médicaments** : « *On échangeait sur ce qui se passait au travail donc il me conseillait beaucoup sur comment aller mieux quoi sans pour autant avoir un traitement médical. » (Ploermel)**

E. Relation professionnel-patient

Cette grande dimension regroupe les aspects non techniques de la relation médecin-patient, il s'agit des qualités humaines perçues par le patient.



created with www.bubbl.us

E1. Communication

Cet aspect a été développé à travers **l'aisance dans la communication** : « F : *Et vous avez senti que c'était possible d'en parler ?* - P : *Ah tout à fait, ah facilement.* » (PA4-674/676), **l'écoute active** : « *J'ai été voir Dr D parce-que je n'arrêtais pas de pleurer, c'était les nerfs qui lâchaient, bah il a su m'écouter [...] il a su écouter mon mal être quoi, que j'avais mal et ça c'est important ça.* » (PA1-892/896), **l'aisance avec les enfants** : « *C'est vrai qu'il est ... enfin ça passe avec les enfants* » (PA3-452/454)

E2. Humanité de la relation

Il était ici question de **la qualité de l'accueil** : « *C'est des gens qui travaillent beaucoup, qui ont l'amour de leur métier, et qui ont toujours le sourire, qui sont toujours aimables* » (PA3-1027/1030), **la proximité relationnelle** : « *Ce qui est bien avec lui, ce n'est pas mon médecin mais je trouve qu'il est humain quand même. Il me dit de lui dire si je suis trop fatiguée, si je suis au bout du rouleau* » (PA1-649/652), **l'empathie** : « *Dr C, ou son confrère, qui sont deux personnes avant tout, avant d'être médecins, qui sont deux personnes à l'écoute, compréhensifs et humains.* » (PA11-158/163)

E3. Relation de confiance

Un verbatim de patient de Lanmeur évoque **la confiance accordée envers les soignants** : « (...) *on peut toujours demander les infos au docteur et on peut en discuter et il peut modifier aussi son traitement par rapport à ce qu'on dit. Donc je pense qu'il est à l'écoute. En fait j'ai confiance* » (PA2-1192/1194)

E4. Recherche des souhaits et besoins du patient

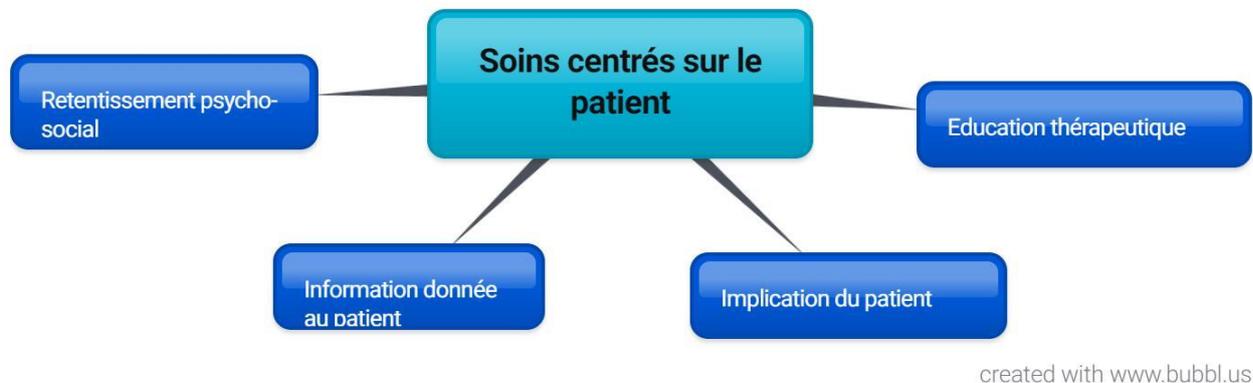
Il s'agit de **l'adaptation des soins en fonction des souhaits du patient** : « *C'est quoi des soins de qualité pour vous ? [...]. Mme L : C'est l'écoute. F : L'écoute ouais, des soins de qualité c'est des soins où il y a de l'écoute ? Mme L : (...) quand il y a une pathologie, ils savent la soigner mais qu'il y ait une écoute.* » (PA1-873/881)

E5. Secret médical

Cet aspect est représenté par **le respect du secret médical au secrétariat** : « *Les secrétaires (...) vous demandent mais elles sont quand même indiscrètes parce que : « c'est pourquoi ? » donc normalement on n'est pas obligé de leur dire notre pathologie* » (PA4-364/372), **et le respect du consentement du patient à partager des informations le concernant au sein de la maison de santé** : « *Parce qu'on dialogue, par exemple, quand M. fait quelque chose, il me dit "est-ce que vous pensez que...je peux demander ça ? Est-ce que vous êtes d'accord ?* » (PA6-275/276)

F. Soins centrés sur le patient

Cette dimension regroupe les aspects impliquant une participation active du patient, ou un retentissement direct sur sa vie quotidienne.



F1. Retentissement psycho-social

Il s'agit de la prise en compte du retentissement de l'état de santé du patient sur les différents aspects de sa vie quotidienne : **le retentissement psychologique lié à la maladie et à la perte d'autonomie, le retentissement sur l'emploi et le logement** : « (...) *c'est certain qu'on ne pouvait pas le garder à la maison s'il n'y avait pas tout ça. Et moi je me repose beaucoup et sur le docteur et sur les infirmiers qui passent (...) je vois qu'ils ont pris vraiment bien en compte la situation.* » (Lanmeur), **la prise en compte du soutien de l'entourage, l'accompagnement psychologique** : « (...) *on lui a posé la question de si elle ne voulait pas voir une psychologue, et elle a refusé.* » (Lanmeur)

F2. Information donnée au patient

Cet aspect regroupe **les informations concernant la maladie** : « *Oui, et est-ce que vous trouvez que, du coup, votre prise en charge vous permet d'avoir une bonne connaissance de votre maladie ? - Patient : Au début, c'était... dur un tout petit peu.* » (PA5-694/697), **les traitements** : « (...) *on ne peut pas laisser une personne sous anti inflammatoires longtemps, il m'a expliqué* » (Lanmeur), **les aides spécifiques** : « *on est en train de voir avec Dr D pour trouver une place à mon mari pour le mettre en hôpital de jour* » (PA1-635/642), et **les médecines non conventionnelles**.

F3. Implication du patient

Cet aspect s'est défini par **la décision partagée** : « *Et ça, vous avez négocié ? Vous lui avez juste dit que vous vouliez pas, il a dit d'accord ?* » (PA5-1113/1115), **la motivation du patient** : « *Si je ne la voyais pas, peut-être que je me relâcherais, peut-être. Je dis ça mais je pense que ouais, je me relâcherais peut-être donc c'est pour ça que j'ai besoin de la voir encore.* » (PA4-

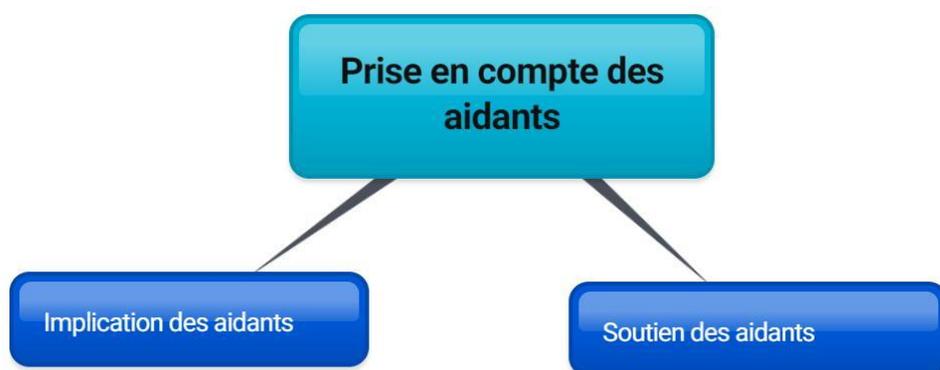
514/518), **l'autonomie du patient** : « Et donc toutes les démarches à faire pour votre propre santé, les fils ne prennent pas en charge ça ? Enfin c'est vous qui gérez vraiment ? Mme A : C'est moi qui gère tout. » (PA2-677/685), **et l'observance thérapeutique** : « Vous avez l'impression d'avoir prise un petit peu quand même sur vos soins ? D'avoir une prise, enfin de décider un petit peu ou d'être un peu « passif » ? M.R : Non c'est la confiance » (PA5-880/894).

F4. Séances d'éducation thérapeutique

Il s'agit d'évoquer, pour les patients bénéficiant de séances d'éducation thérapeutique, **l'apport de connaissances lors des séances** : « Les gens posent des questions et tout. Et puis elle, elle répond. Elles font le schéma, elles font leurs petits dessins. Vous avez tout, le pancréas, et tout. C'est un petit cours si on veut » (PA1-599/603), **la dynamique de groupe** : « Parce que des gens posent des questions assez amusantes des fois ou pas. Bah, on se renseigne, on en profite » (PA1-605/616), **et la flexibilité dans la participation aux séances d'éducation thérapeutique** : « Parce que des fois il y a des réunions qui ne m'intéressent pas alors je ne viens pas. Je le dis tout de suite : "non, ce n'est pas pour moi" » (PA1-703/706)

G. Prise en compte des aidants

Cette dimension regroupe les aspects impliquant une participation active des aidants aux soins du patient, et le retentissement sur la vie quotidienne des aidants.



created with www.bubbl.us

G1. Implication des aidants

Dans cet aspect, il a été retenu **la prise en compte de l'investissement des aidants** : « C : Est-ce que vous avez l'impression d'être plus intégrée dans les décisions de traitement, de prise en

charge ? Aidante : Oui, oui. (...) Parce que je vous dis, avant de prendre une décision, enfin s'il y en a un qui pense à un truc, il va m'en parler, et bon, on met en place.» (PA6-776/778), et **le partage d'informations avec les aidants** : « Aidante : Ah je suis toujours avec mon mari, parce que il serait pas capable de répéter ce qui a été dit. » (PA6-932/933)

G2. Soutien des aidants

Il s'agit de **l'accompagnement psychologique des aidants** : « Souvent elle me prend à part pour me demander comment ça va le moral, tout ça » (PA3-382/388)

H. Organisation des soins dans la MSP

Cette dimension de soin est centrée sur le point de vue du patient concernant la façon dont ses soins sont structurés au sein de la MSP.



H1. L'organisation des soins

Dans cet aspect, il a été retenu **la stabilité du suivi par le médecin traitant** : « Ah oui, oui, depuis 2000 quasiment on a toujours eu que Dr. Le Reste quasiment pour toute la famille en fait. » (PA2-58/59), **la continuité des soins en l'absence du médecin traitant** : « Je suis rentrée, après c'était les vacances, il y a eu son remplaçant, qui est très, très, bien aussi. Que je vois depuis 2012 aussi, parce qu'il la remplace très régulièrement » (PA3-281/283), **la présence d'un dossier médical partagé** : « (...) il y a son confrère, et j'ai donné l'accord bien entendu qu'ils se passent le dossier, et quand je viens avec le bébé, bah on sait de quoi on parle. Donc il est suivi par les deux. » (Lanmeur)

H2. La coordination des soins

Cet aspect a inclus **les transmissions interprofessionnelles** : « *Donc là je pense qu'il y a eu pas mal d'échanges entre G, M et le Dr D. Là ils ont bien échangé et après avec la kiné aussi. Parce-que là il fallait faire du drainage donc là je pense qu'ils se sont concertés tous ensemble* » (PA1-456/460), **la transmission d'informations aux soignants par le secrétariat** : « *Puis il m'est arrivé de demander pour mon épouse avec Mme [professionnel de santé] de pouvoir l'avoir au téléphone par le secrétariat, c'est arrivé une ou deux fois.* » (PA1-843/845), et **la présence de concertations ou consultations pluriprofessionnelles** : « *Il est allé, il me suivait, puisqu'après l'avoir vu j'allais chez le kiné, il venait avec moi pour discuter avec le kiné.* » (PA1-533/538)

H3. Présence d'étudiants en formation

Il a été évoqué **la confiance des patients accordée envers les étudiants participant aux consultations** : « *Mme M: (...) Et donc moi on m'avait demandé si ça me gênait. Bah moi j'ai dit : 'bah moi j'ai appris mon métier, bah j'aurais bien voulu que quelqu'un me fasse voir aussi'. Donc moi ça ne me dérange pas.* » (Louargat)

I. Organisation territoriale des soins

Cette dimension de soins est centrée sur le point de vue du patient sur la façon dont ses soins sont structurés entre la MSP et les structures extérieures.



created with www.bubbl.us

I1. Diversité de l'offre de soins

Il s'agit de **la diversité des soins disponibles en soins primaires et de second recours** : « Parce que ça évite aux gens de la presqu'île qui viennent en taxi ou tout ça de s'arrêter au Faou que d'aller à Brest. Il y a des gens qui viennent de Carhaix aussi, c'est quand même mieux de s'arrêter au Faou. Ça c'est très bien. Parce qu'il y a un tas de gens, il y a aussi une sage femme qui vient, il y a ce qu'il faut. » ; « Je suis contente que le Dr [Chir.ortho] vienne là, ça m'évite d'aller à Brest. » (PA1-337/340)

I2. Coordination du parcours de soins

Cet aspect regroupe **l'orientation vers un avis spécialisé** : « F : Et est-ce que vous voyez des améliorations possibles ou est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration possibles pour prendre en compte vos douleurs, vos pathologies au sein de la maison de santé ? Qu'est-ce qu'il faudrait qu'il y ait en plus ? Mme M : Peut-être quand on ne voit pas comment faire, quitte à donner les médicaments, aller voir un spécialiste. » (PA4-933/937), **le relais du suivi spécialisé**, et **la réévaluation à la sortie d'hospitalisation** : « F : Et est-ce que à ce moment-là, l'hospitalisation là, est-ce qu'il y a eu des échanges d'information, est-ce que vous savez si Monsieur L il était en relation avec Paimpol ? Mme T : Oui, (...), ils faisaient des courriers » (PA6-742/748)

I3. Permanence de soins

Cet aspect contient **l'existence de soins primaires disponibles en dehors de la MSP** : « Mme A : (...) la seule chose que je regrette à la maison de santé c'est qu'il n'y a personne de garde le samedi et le dimanche. (...) Ça ce n'est pas normal » (PA2-715/740), **la proximité de la pharmacie de garde** : « Et trouver les pharmacies de garde après c'est aussi... parce que là j'avais fait des kilomètres pour trouver une pharmacie. » (PA6-577/578)

I4. Accès aux soins de second recours

Il a été retenu un verbatim mentionnant **la proximité de l'hôpital le plus proche** : « *Parce qu'on voit assez souvent à la télé des gens qui se plaignent « on ferme notre hôpital , il faudra que je fasse 20 minutes, 1/2h » mais ici c'est ça, qu'on aille à Landerneau, à Brest ou tout ça il faut compter ça.* » (PA1-330/332)

I5. Démographie médicale

Il a été retenu deux aspects importants aux yeux des patients concernant leur point de vue sur la démographie médicale, à savoir **la désertification médicale** : « *En tous cas ce qui est sûr, c'est que s'il n'y avait pas eu création de cette maison de santé et on s'en aperçoit un peu partout ailleurs. Eh bien je ne sais pas où on aurait été au niveau médecin.* » (PA4-803/804), **et la saturation de la patientèle** : « *Mme A : Parce que lui quand il aurait arrêté définitivement, eux, avec les patients qu'ils ont-ils ne nous auraient pas repris hein (...) Ah oui parce que là ils ont du monde hein !* » (PA2-236/241)

DISCUSSION

Synthèse des résultats

L'objectif de l'étude était de terminer l'analyse primaire de deux des cinq sites explorés puis de faire la synthèse des analyses qualitatives d'entretiens patients de cinq groupes d'exercice coordonné en soins primaires, et de proposer la base d'un questionnaire d'évaluation de la qualité des soins pour les patients.

L'étude a fait ressortir neuf grandes dimensions de soins : la disponibilité, l'accessibilité, l'aménagement des locaux, les soins médicaux techniques, la relation professionnel-patient, les soins centrés sur le patient, l'implication de l'aidant, l'organisation des soins dans la structure, l'organisation territoriale des soins. Ces dimensions se déclinent en 34 aspects, eux-mêmes divisés en 92 aspects spécifiques de soins.

Analyse critique

L'enjeu de cette étude était de produire un support pour la création d'une échelle qui sera utilisée en phase 2 de l'étude QualSoPrim. Il était donc nécessaire de générer une liste d'items exhaustive et reproductible, appuyée par la comparaison et le recoupement des analyses d'entretiens de cinq GECCO. L'étude cherchait à modéliser une expérience patient reproductible et recouvrant la complexité des situations vécues par les patients multimorbides en soins primaires, auprès du médecin généraliste et des autres professionnels de santé intervenant dans les GECCO. L'ordre d'apparition des dimensions de soins a été choisi dans la volonté de respecter une certaine chronologie de l'expérience du patient : à partir de la demande de soins du patient, nous avons évoqué les modalités d'accès et de disponibilité aux soins, puis les composantes des soins eux-mêmes, puis l'organisation des soins au sein de la MSP, puis l'organisation de la MSP dans le territoire.

Apport au regard de la littérature

Au sein de ces dimensions, la majorité des aspects du soin connus sont retrouvés. Parmi les vingt aspects du soin trouvés dans l'étude des indicateurs de qualité des soins en médecine générale de Wensing et al. (27), tous ont été retrouvés.

En comparaison à la revue de littérature de Krucien et al sur l'évaluation de la qualité des soins par les patients (28), sur les quarante aspects du soin étudiés par des questionnaires, seuls trois n'ont pas été retrouvés : la prise en compte les antécédents médicaux (éléments de vos précédentes consultations) pour l'élaboration du traitement et/ou diagnostic, la consultation aboutit à la prescription de médicaments, la possibilité d'être informé du temps d'attente lors de l'arrivée dans le cabinet médical.

En comparaison à la revue de littérature de Milano et al portant sur la validité du questionnaire EUROPEP (29), les vingt-trois aspects du questionnaire ont été retrouvés.

Trois dimensions de soin se sont distinguées en termes d'occurrences dans le recoupement des données des cinq centres : l'accessibilité, la relation médecin-patient et les soins centrés sur le patient. L'accessibilité a été séparée de la disponibilité du fait qu'elles ne se recoupaient pas dans les expériences du soin évoquées lors des entretiens. La disponibilité s'est définie comme la capacité des professionnels à se rendre disponible devant une demande de soin du patient, l'accessibilité s'est définie comme les moyens permettant ou limitant l'accès aux soins après avoir pris contact avec les soignants.

Un aspect de soin important n'a pas été retrouvé dans cette étude ni dans la littérature : la notion de directives anticipées, encore difficiles à mettre en œuvre par manque de communication et d'information au patient. (30)

D'autres aspects de soin ont été sous-représentés dans les entretiens et ne sont pas apparus dans la synthèse des analyses : l'organisation des aides à domicile, l'assistance sociale, la réalisation des dossiers MDPH. Il aurait été intéressant de les intégrer dans l'analyse car ils sont compatibles avec les caractéristiques de plusieurs patients de l'étude. Un codage plus précis aurait permis de faire émerger ces aspects de soin.

Deux autres aspects de soin importants ont été également peu représentés : la technicité des soins et la connaissance de l'organisation du système de soins au sein de la MSP. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance des patients concernant les aspects professionnels des soins de santé. L'étude QualSoprim a inclus une analyse d'entretiens des professionnels réalisée par deux internes de médecine générale, ce qui permettrait de mettre en évidence ces aspects et de mieux les inclure dans le questionnaire patient, afin de mieux représenter les différents professionnels intervenant dans l'expérience du patient avec les particularités propres à leur spécialité.

De nouveaux aspects spécifiques d'expérience du soin sont par contre apparus : l'intégration de l'aidant dans la coordination des soins, les aspects concernant les séances d'éducation thérapeutique et l'organisation territoriale des soins.

Une notion est importante à évoquer dans la réalisation du questionnaire patient prévu en phase 2 : l'expérience versus la satisfaction du patient. (31) L'expérience représente un aspect vécu de manière objective, la satisfaction correspond au ressenti subjectif de l'expérience vécue par le patient. Les deux notions sont le plus souvent imbriquées dans les questionnaires patient déjà existants. Analyser le point de vue du patient implique obligatoirement de la subjectivité dans les réponses, mais séparer l'expérience vécue du ressenti subjectif (par exemple : demander à un patient le temps de consultation moyen chez son médecin et en parallèle lui demander son degré de satisfaction sur la durée de consultation) permettrait de mieux cibler les aspects de soins qui peuvent être améliorés au sein des maisons de santé.

Validité externe

La cohérence des résultats de l'étude avec les données de la littérature participe à la validité externe de l'étude. En effet, toutes les dimensions du soin explorées dans les études existantes sont retrouvées et les aspects du soin les plus fréquemment retrouvés dans ces études sont également présents ici. Cela révèle une efficacité des choix méthodologiques à faire ressortir tous les aspects du soin.

Validité interne et limites

La qualité interne est en partie assurée par la représentativité des échantillons des cinq centres et la diversité des professionnels de santé représentés. En effet, les caractéristiques de multimorbidité et de pluridisciplinarité de la prise en charge sont respectées. La pluriprofessionnalité des cinq centres est également représentée.

Le biais de sélection a été limité par le protocole de recherche : la reproduction d'un schéma unique d'entretiens sur un total de cinq sites différents a permis d'obtenir une saturation des données pour l'ensemble de l'étude et une certaine transférabilité des données.

La durée limitée des entretiens, la subjectivité des enquêteurs, des patients et des aidants, ainsi que leur compréhension et leur interprétation personnelle des questions des entretiens pouvaient entraîner un biais d'information. Ce biais a été limité par une grille d'entretien unique aux cinq centres et une analyse par deux codeurs travaillant en aveugle avec une synthèse à chaque phase de codage.

Le grand nombre de données à analyser et le caractère qualitatif de la comparaison des cinq centres pouvait également entraîner un biais d'information ou un biais de confusion. Certains aspects ont pu être omis. La comparaison et la synthèse des résultats entre les 2 chercheurs a permis de limiter ces biais.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence des aspects de soins pertinents et reproductibles du point de vue des patients multimorbides et de leurs aidants, par la synthèse comparative du vécu des patients de cinq maisons de santé pluriprofessionnelles de Bretagne. Elle forme un construit solide pour la réalisation d'un premier questionnaire patient évaluant la qualité des soins et conclut la phase 1 de l'étude QualSoPrim.

La particularité de cette étude est qu'elle est adaptée aux structures de soins pluriprofessionnelles et à la multimorbidité des patients. Elle renforce l'importance de la prise en compte du point de vue du patient dans la gestion de sa santé. Elle met également en avant le rôle du proche-aidant, ce qui n'apparaissait pas dans la littérature.

La phase 2 de l'étude QualsoPrim permettra d'évaluer la validité statistique des construits obtenus et de créer un premier questionnaire qui sera testé auprès d'un panel de patients, afin de créer une échelle évaluant par un outil scientifiquement validé les soins primaires dispensés dans les structures pluri-professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Donaldson M, Yordy K, Vanselow N, Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care. Earlier Definitions of Primary Care: A Review. Dans : Defining Primary Care: An Interim Report. Washington (DC): National Academies Press (US) 1994, 8-13
- (2) OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : les soins de santé primaires. Alma-Ata : Editions de l'OMS ; 1978.
- (3) Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(10):953-7.
- (4) Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? *Quest Déconomie Santé.* 2007;(127):8.
- (5) Uijen AA, Van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care. Prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract.* 2008 ; 14 (Suppl 1):28-32.
- (6) Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc.* Mai 2013;14(5):319-325.
- (7) Koné Pefoyo AJ, Bronskill SE, Gruneir A, Calzavara A, Thavorn K, Petrosyan Y, et al. The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health.* 2015;15(1):415.
- (8) Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes, Development and functioning of Multiprofessional Primary Care Practices in RhôneAlpes region. *Santé Publique.* 5 novembre 2015;27(4):539-546.
- (9) LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44. 2007-1786 décembre, 2007.
- (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 juillet, 2009.
- (11) Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Quest Déconomie Santé IRDES.* 2013;(189):1-6.

- (12) Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. *Études*. 2005;Tome 402(1):27-38
- (13) Légaré F. Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherches sociographiques*. 2009;50(2):283.
- (14) Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
- (15) Buthion V, Godé C. Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades ?, The role played by relatives in coordinating the care pathway of ill persons. *Journal de gestion et d'économie médicales* 2015;32(7):501-19.
- (16) Safon M-O. Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger. *Bibliographie thématique. IRDES. Dossier documentaire (Document internet)*. 2018. Disponible à: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-indicateurs-de-la-qualite-des-soins-enfrance-et-a-l-etranger.pdf> (consulté le 18 septembre 2018)
- (17) Zeynep O, Com-Ruelle L. La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?, *Journal d'économie médicale* 2008;26:371-385.
- (18) Loyez C. Traduction de l'anglais vers le français du questionnaire ACES par méthode de consensus Delphi : un outil validé d'évaluation des soins primaires par les patients. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2015.
- (19) Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croat Med J*. 2017;58(1):63-74.
- (20) Jean Ramsay, John L Campbell, Sara Schroter, Judith Green, Martin Roland; The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties, *Family Practice* 2000;17:372-379.
- (21) Lévesque J-F, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Beaulieu M-D, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Fam Pract*. 2012;13:20.
- (22) Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*. 2015;135(5):243-50.
- (23) Le Reste JY. PREPS - Établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluriprofessionnels intégrant le point de vue des patients en situation complexe et de leurs aidants. *Étude QualSoPrim*; 2015.

- (24) Kerisit A. - Quels sont les aspects pertinents du soin primaire pour les patients multimorbides et leurs aidants ? Thèse de médecine. Université de Brest. Brest. 2018.
- (25) Queffelec A. - Quels sont les aspects essentiels du soin primaire en maison de santé pluri-professionnelle du point de vue des patients multimorbides et de leurs aidants ? Analyse qualitative de données recueillies auprès de patients suivis au sein de la maison de santé pluri-professionnelle de Louargat (Côtes d'Armor) et de leurs aidants. Thèse de médecine. Université de Brest. Brest. 2018.
- (26) Mongordin A. - Quels sont les aspects pertinents du soin primaire pour les patients multimorbides et leurs aidants ? Une analyse qualitative en exercice coordonné à Bédée, Pleumeleuc et Breteil. Thèse de médecine. Université de Brest. Brest. 2018.
- (27) Wensing M, Grol R, van Montfort P, Smits A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Qual Saf Health Care*. 1996;5(2):73-80.
- (28) Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients. Thèse de sciences. Ecole Doctorale de Santé Publique. Paris-Sud 11. 2012.
- (29) Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croat Med J*. 2017;58(1):63-74.
- (30) Guyon G, et al. Personne de confiance et directives anticipées : défaut d'information et de mise en œuvre. *La Revue de Médecine Interne* 2013;35(10):643-648
- (31) Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ*. 2010;341:c5004-c5004.

IMPRIME 4 – AUTORISATION D'IMPRIMER
THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame / Monsieur Marie DOHOLLOU
Inscrit-e en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Etude QUALSOPRIM : analyse qualitative secondaire d'entretiens patients réalisés dans cinq groupes d'exercice coordonné en soins primaires, en vue d'un questionnaire d'évaluation de la qualité des soins pour les patients.

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le

Le président du jury de thèse

Le directeur de l'UFR de médecine et des sciences de la santé de Brest

C. BERTHOU

DOHOLLOU Marie - Etude QUALSOPRIM : analyse qualitative secondaire d'entretiens patients réalisés dans cinq groupes d'exercice coordonné en soins primaires, en vue d'un questionnaire d'évaluation de la la qualité des soins pour les patients.

Th. : Méd. : Brest 2019

RESUME :

Introduction :

En soins primaires, la complexité des patients multimorbides a entraîné un changement dans l'organisation des soins des différents professionnels de santé. L'objectif de l'étude s'inscrivant dans le projet QualSoPrim était de synthétiser les analyses d'entretiens patients de cinq GECO et d'identifier des aspects de soin qui serviront de base à l'élaboration d'un questionnaire.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude qualitative multicentrique en analyse secondaire d'entretiens de patients recueillis et analysés sur cinq GECO de Bretagne.

Résultat :

La synthèse des analyses des cinq GECO a permis d'obtenir neuf dimensions de soins, divisées en trente-quatre aspects de soins, eux-mêmes subdivisés en quatre-vingt douze aspects spécifiques d'expérience de soins.

Discussion :

L'étude a retrouvé les dimensions du soin explorées dans les outils d'évaluation existants dans la littérature, avec l'émergence de nouvelles dimensions : le rôle du proche-aidant, l'éducation thérapeutique, l'organisation territoriale des soins. Cette synthèse servira de base à la construction d'un premier questionnaire patient en phase 2 de l'étude QualSoPrim.

MOTS CLES :

MULTOMORBIDITE
SOINS PRIMAIRES
SOINS CENTRES SUR LE PATIENT
QUALITE DES SOINS
GROUPE D'EXERCICE COORDONNE

JURY :

Président : Professeur Jean-Yves LE RESTE
Membres : Docteur Jeremy DERRIENIC,
Professeur Jean-Yves LE RESTE,
Professeure Françoise LE BORGNE-UGUEN,
Docteur Patrice NABBE,
Docteur Antoine DANY

DATE DE SOUTENANCE :

Jeudi 4 avril 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR :