

Indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles

Margaux Sei

▶ **To cite this version:**

Margaux Sei. Indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02101042

HAL Id: dumas-02101042

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101042

Submitted on 16 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

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2019

Thèse présentée par :

Madame SEI Margaux

Née le 21 juin 1991 à Montpellier

Thèse soutenue publiquement le 4 Avril 2019

Titre de la thèse :

Indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles : analyse qualitative secondaire sur cinq sites et comparaison aux données de littérature.

Président	Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves
Membres du jury	Mr le Docteur DERRIENNIC Jérémy
	Mr le Docteur NABBE Patrice
	Mme la Professeure LE BORGNE-UGUEN Françoise
	Mr DANY Antoine

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

Professeur **FLOCH** Hervé
Professeur **LE MENN** Gabriel (†)
Professeur **SENECAIL** Bernard
Professeur **BOLES** Jean-Michel
Professeur **BIZAIS** Yves (†)
Professeur **DE BRAEKELEER** Marc (†)

Doyen

Professeur **BERTHOU** Christian

Professeurs émérites

CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BOLES Jean-Michel	Réanimation
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Chirurgie vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
LOZAC'H Patrick	Chirurgie digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
AUBRON Cécile	Réanimation
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale

BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine interne
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
L'HER Erwan	Réanimation
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE RESTE Jean-Yves
LE FLOC'H Bernard

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

Professeur des Universités contrat LRU

BORDRON Anne	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
CORNEC Divi	Rhumatologie

DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAC Gérald	Génétique
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

BRENAUT Emilie	Dermato-vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
LE VEN Florent	Cardiologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la de la reproduction
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
BRENAUT Emilie	Dermato-vénérologie

Maître de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie
CHIRON Benoît
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
KARCHER Brigitte	Psychologie clinique
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie

MORIN Vincent — Électronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita — Rhumatologie

Maîtres de Conférences des Universités contrat LRU

DANY Antoine — Épidémiologie et santé publique
GILLES Marlène — Génie informatique, automatique et traitement du signal

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain — Français
RIOU Morgan — Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYENBA Vinh — Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean — Radiologie et imagerie médicale
DULOU Renaud — Neurochirurgie

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 10
SERMENT D'HIPPOCRATE 11
RESUME 12
ABSTRACT 13
ABREVIATIONS 14
I. INTRODUCTION 15
A. Les soins primaires 15
B. Les patients multimorbides 15
C. Le regroupement pluriprofessionnel 16
D. L'évaluation de la qualité des soins 16
E. L'étude QUALSOPRIM 17
II. MATERIEL ET METHODE 17
A. Échantillon 17
B. Matériel 19
C. Analyse 19
III. RESULTATS 19
A. Accessibilité 22
1. Accessibilité physique 22
2. Accessibilité géographique 22
3. Accessibilité pluriprofessionnelle 23
4. Accès au spécialiste 23
5. Accueil physique 23
6. Accessibilité financière 23
7. Consultation conjointe / commune 23
8. Structure adaptée 23
B. Disponibilité 23
1. Gestion de l'urgence 23
i. Place du secrétariat 23
ii. Créneaux d'urgence 24
iii. Suppléance 24
iv. Permanence téléphonique médicale 24
2. Consultation sur rendez-vous 24
i. Ponctualité 24
ii. Diminution du temps d'attente au cabinet 24
iii. Modifications des habitudes des patients 24
3. Rapidité de prise en charge 24
4. Flexibilité/adaptabilité 25
5. Soins à domicile 25
C. Continuité des soins 25
1 Partage d'informations 25
i. Dossier médical informatisé 25
ii. Cahiers de transmissions 25
iii. Messagerie sécurisée 26

iv. Secrétariat 26
2 Permanence des soins 26
i. Médecin remplaçant 26
ii. Gardes 26
D. Des soins coordonnés 26
1. Travail collaboratif 26
i. Structure de travail commune 26
ii. Conséquences pour les patients 26
2. Homogénéité du discours 27
3. Protocoles de soins 27
4. Amélioration de la prévention primaire 27
i. Appuis extérieurs 27
ii. Vigilance collective 27
iii. Anticipation des dégradations 28
5. Simplification du parcours de soins 28
6. Réunions pluridisciplinaires 28
i. Prise en charge globale du patient 28
ii. Remise en question des prises en charge 28
iii. Échanges sur les difficultés rencontrées 29
7. Rôle des secrétaires 29
8. Orientation pertinente du patient dans son parcours de soins 29
9. Relations interprofessionnelles 29
i. Ambiance saine 29
ii. Communication facilitée 30
iii. Stimulation interprofessionnelle 30
iv. Soutien/entraide 30
v. Réassurance 30
E. Relation professionnel-patient 31
1. Relation de confiance 31
2. Temps d'écoute 31
3. Secret professionnel 31
4. Prise en charge centrée sur le patient 31
5. Patient acteur de sa santé/éducation thérapeutique 31
6. Information du patient 32
7. Choix du professionnel de santé 32
8. Approches de communication 32
9. Rôle du secrétariat 32
10. Structure connue et commune rassurante pour le patient 33
11. Structure impersonnelle 33
12. Échange d'informations : ressenti du patient 33
F. Offre de soins techniques 33
1. Diversité de l'offre 33
2. Efficacité 33
i. Diminution du recours au service d'urgence 33
ii. Ressources nécessaires pour la gestion de l'urgence 34
iii. Maintien à domicile 34
iv. Complémentarité 34

3. Précision et compétences 34
i. Respect des recommandations 34
ii. Diagnostic rapide 34
G. Aidants reconnus 35
1. Confiance des aidants dans l'équipe de soins 35
2. Implication des aidants 35
3. Réassurance et soutien des aidants 35
4. Information des aidants 36
IV. DISCUSSION 36
A. Synthèse des résultats 36
B. Comparaison aux données de littérature 37
C. Comparaison aux données des patients 38
D. Limites de l'étude 39
1. Validité interne 39
2. Validité externe 39
V. CONCLUSION 40
BIBLIOGRAPHIE 41
ANNEXES 44

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Jérémy Derriennic, je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir guidée dans la réalisation de cette thèse,

A Monsieur le Professeur Jean-Yves le Reste, je vous adresse mes sincères remerciements pour vos conseils précieux lors de la réalisation de cette thèse, ainsi que pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury,

A Monsieur le Docteur Patrice Nabbe, je vous remercie pour votre présence dans ce jury de thèse,

A Madame la Professeure Françoise Le Borgne-Uguen, je vous adresse mes remerciements pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse,

A Monsieur Antoine Dany, je vous remercie pour votre présence dans ce jury de thèse,

A Annabelle Hofnung, amie et partenaire tout au long de ce travail de thèse, merci pour ton soutien et tes conseils avisés, ainsi qu'à Marie DOHOLLOU et Marine CARTON pour leur participation à la soutenance de cette thèse,

A ma mère et à mon père, merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mes études, sans vous je n'en serai pas là aujourd'hui,
A mon frère et à ma sœur, ainsi qu'à mes grands-parents, pour leur présence,

A Baptiste, merci pour ton soutien et ta patience,

Aux copains tourangeaux, pour tous les fous rires et les bons moments passés ensemble et pour tous ceux à venir,

A mes amis brestois, Ariane, Charlotte et Jeanne, Mélody, Léo, Julie, et Fanny, sans qui les années d'internat n'auraient pas été aussi belles !

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 :
Le regroupement pluri-professionnel autour d'un projet de soins était en plein essor, et semblait répondre à plusieurs problématiques actuelles : le vieillissement de la population et la multimorbidité, l'attrait des professionnels pour le travail en groupe ainsi que la question de la démographie médicale.
Par ailleurs, le changement de dogme médical a placé le patient au centre de sa prise en charge. Ainsi, l'évaluation de la qualité des soins primaires dans les maisons et pôles de santé, intégrant le point de vue des patients et de leurs aidants, est apparu comme un enjeu majeur.

Méthode :
Une étude qualitative secondaire à partir d'entretiens semi-dirigés menés dans cinq sites de Bretagne auprès de professionnels de maisons de santé a été effectuée par un binôme d'internes. A partir des résultats de ces entretiens, une synthèse exhaustive des éléments pertinents concernant la qualité des soins primaires pour des patients multimorbides, du point de vue de ces professionnels a été réalisée.

Résultats :
Sept dimensions du soin, considérées comme pertinentes par les professionnels de santé ont été retrouvées : accueil et accessibilité, disponibilité, continuité des soins, des soins coordonnés, relation professionnel/patient, offre de soins techniques, aidants reconnus.

Discussion :
Les résultats trouvés semblaient concordants avec les données de la littérature mais également avec les résultats de l'analyse des entretiens réalisés auprès des patients. Par la suite, l'objectif final de l'étude QualSoPrim sera de réaliser une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires des patients multimorbides dans les maisons de santé pluri-professionnelles, intégrant le point de vue des professionnels mais également celui des patients et de leurs aidants, afin d'en améliorer les pratiques.

ABSTRACT

Introduction:
Pluri-professional health centers around a care project, was booming and seemed to answer several issues : aging of the population and multimorbidity, the attractiveness of professionals for work group and the question of medical demography.
Otherwise, the change of medical dogma has placed the patient at the center of its care.
The assessment of the quality of primary care in health care centers, integrating the perspective of patients and their caregivers, appeared to be a major issue.

Method:
A secondary qualitative study from semi-directed interviews in five sites in Bretagne has been realized in pairs. From the results of these interviews, an exhaustive synthesis of the relevant elements concerning the quality of primary care for multimorbid patients, from the point of view of these professionals was realized.

Results:
We have individualized seven care dimensions considered relevant by the professionals : welcome and accessibility, availability, continuity of care, coordinated care, professional/patient relationship, offer of technical care, recognized caregivers.

Discussion:
Results seemed concordant with the literature data, but also with patients' results. Thereafter, the goal of the QualSoPrim study will be to establish a quality assessment scale for multimordid patient's primary care in multi-professional health care centers, integrating the perspective of professionals and complex patients and their caregivers, to improve practices.

ABREVIATIONS :

OMS : organisation mondiale de la santé
EGPRN : European General Practice Research Network
MSP : maison de santé pluridisciplinaire
ARS : agence régionale de la santé
ASIP : agence des systèmes d'information partagée
OCDE : organisation de coopération et de développement économique
HAS : haute autorité de la santé

I. INTRODUCTION

A. Les soins primaires

Le terme de soins primaires a été défini en 1978 à la conférence d'Alma-Ata par l'OMS (1) comme « 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 ».
Le médecin de soins primaires était le premier contact des patients avec le système de santé. C'était également le médiateur entre le patient et des soins spécialisés lorsque ceux-ci étaient nécessaires.
A noter que, selon de Pouvourville (2), les soins primaires ne concernaient pas uniquement les médecins généralistes mais « l'ensemble des services de santé de première ligne : médecine générale, mais aussi autres spécialités médicales de premier recours (ex : la pédiatrie de ville), les soins dentaires, les troubles de la vue (les optométristes non médecins dans les pays anglo-saxons), les soins infirmiers, kinésithérapies, les intervenants du champ médico-social, etc. ».

Cette notion de soins primaires a ensuite été précisée en 1996 par l'American Institute of Medecine (3) comme étant « 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 ».
En France, la définition de soins primaires est apparue en 2009 dans la loi Hôpital Patients, Santé et Territoire sous le titre « accès de tous à des soins de qualité » (4).

B. Les patients multimorbides

Les progrès de la médecine ont permis un allongement de la durée de vie des patients. Ainsi sur les dix dernières années, il a été constaté une progression de l'espérance de vie, selon le rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France (5).
En parallèle, selon ce même rapport, la prévalence des maladies chroniques progressait.
Ainsi, les médecins se retrouvaient confrontés à des patients de plus en plus âgés et souvent porteurs de plusieurs pathologies, compliquant ainsi les prises en charge.

Dans les années 60, le terme de « comorbidités » a émergé, concept qui associait une pathologie centrale à d'autres problèmes de santé secondaires qui modifiaient la pathologie principale.
C'est dans les années 90 qu'un nouveau concept est apparu : la multimorbidité, représentant la cooccurrence de plusieurs pathologies chez un même patient sans pathologie centrale. L'EGPRN, en 2015, en a proposé une définition homogénéisée pour onze pays d'Europe : « la combinaison d'une maladie chronique avec au moins une autre maladie (aigue ou chronique), ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque somatique » (6).
La multimorbidité avait un poids important en santé publique (recours aux soins importants, augmentation des incapacités et de la dépendance, réduction de la qualité de vie, augmentation du risque de complications post-opératoires et des effets indésirables des médicaments...). Souvent, l'objectif des patients porteurs de plusieurs pathologies était le maintien de la qualité de vie, ce qui nécessitait une vision globale des problématiques. La prise en charge de ces

patients faisait donc appel à l'intervention de plusieurs professionnels de santé, au sein d'un parcours de soins coordonnés.
Le regroupement pluri-professionnel semblait donc être une des réponses à cette problématique.

C. Le regroupement pluri-professionnel

Actuellement, le regroupement pluri-professionnel en soins primaires se développe. Il semblerait répondre à plusieurs problématiques. En effet, il permettrait de stimuler l'installation de professionnels en zones sous dotées, d'améliorer la coordination et la collaboration entre professionnels pour améliorer l'offre de soins et la prise en charge des patients dit « complexes », mais d'améliorer également la qualité de travail des soignants, qui se retrouvent autour d'un projet de santé commun coordonné (7).

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de santé publique en 2007 (8) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. La maison de santé est une personne morale constituée entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (9).
Pour parler de MSP, il faut qu'il y ait au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical.
Des financements à la création de MSP ont été mis en place par l'ARS en cas de respect du cahier des charges, mais une ouverture de MSP était possible sans ces aides.
La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade (10), a renforcé cette volonté de travail en groupe en autorisant le partage d'informations entre soignants. Ainsi, elle a permis l'émergence de logiciels labélisés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP).
En 2018, la fédération française des maisons et pôles de santé recensait 1100 MSP en France (et 300 en projet), qui regroupaient 20000 professionnels de santé (11).

D. L'évaluation de la qualité des soins

L'OMS a défini la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes 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 » (12).
Pour Donabedian (13), un des premiers auteurs à s'être intéressé à ce domaine, "les soins de haute qualité [étaient] les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins."
Actuellement, c'est la définition de l'institut de médecine des États-Unis qui semblerait la plus utilisée, définissant la qualité comme « 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 » (14).

Par ailleurs, le modèle de la médecine a évolué, et l'approche centrée sur le patient est devenue l'idéologie prédominante (15).
Ainsi, le patient est devenu depuis ces dernières décennies, le partenaire essentiel de sa prise en charge. Son avis semblait donc essentiel pour déterminer la qualité des soins reçus d'autant plus que ses priorités peuvent différer de celles du soignant.

L'évaluation de la qualité des soins était un élément très présent en milieu hospitalier, avec de nombreux questionnaires de satisfaction proposés aux patients, et l'apparition de labels de qualité. Mais cet élément a peu été étudié en ce qui concerne les soins primaires, en partie du fait de la multiplicité des modes d'exercices et des structures existante sur le territoire.
L'élaboration d'une échelle d'évaluation validée de la qualité des soins dans les maisons de santé pluri-professionnelles prenant en compte l'avis des patients et des professionnels semblait donc être un enjeu majeur.

E. L'étude QUALSOPRIM

L'étude QualSoPrim (16) a pour objectif d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluri-professionnels intégrant le point de vue des professionnels mais aussi des patients en situation complexe et de leurs aidants.
Pour cela, les indicateurs de qualité des soins primaires dans la prise en charge des patients complexes ont été recueillis auprès des professionnels de santé d'une part et des patients et de leurs aidants d'autre part dans cinq sites en Bretagne, via des entretiens semi-dirigés.
Ce travail de thèse s'est situé à la phase 1 du projet QualSoPrim. Il a constitué, via une analyse qualitative secondaire (17), en une synthèse des données recueillies dans les cinq sites auprès des professionnels, puis en une comparaison aux données de la littérature.
En parallèle, d'autres travaux ont été réalisés, afin de réaliser une synthèse des données recueillies auprès des patients et de leurs aidants.
L'objectif principal de cette étude a été de réaliser une synthèse des aspects pertinents du soin primaire aux yeux des patients selon les professionnels de santé au sein des cinq sites d'études. Par la suite, ces indicateurs serviront de base à la construction d'une échelle d'évaluation des soins primaires à destination des patients.

II. MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une analyse qualitative secondaire à partir des résultats d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de professionnels de santé dans cinq sites d'exercice coordonné en Bretagne.

A. Échantillon :

Cinq sites de Bretagne ont été concernés : Lanmeur, Le Faou, Pleumeleuc/Bréteil/Bédée, Louargat et Ploërmel.
Le recrutement des professionnels s'était effectué sur la base du volontariat.
L'objectif de saturation des données n'était pas recherché sur chaque site individuellement, mais pour l'analyse de l'ensemble des cinq sites.
L'objectif était d'avoir une variation maximale de l'échantillon sur le critère profession : inclure au minimum un représentant de chaque profession présente dans les cinq sites.

Schéma 1 : Répartition des GECO sur le territoire :


Lanmeur
Louargat
Le Faou
Pleumeleuc/Breteuil
/Bédée
Ploërmel
MANCHE
OCÉAN
FINISTÈRE
CÔTES D'ARMOR
MORBIHAN
ILLE-ET-VILAINE
LOIRE
BREST
Quimper
Lorient
Vannes
RENNES
Saint-Malo
Dinard
Fougères
Vitré
Redon
Châteaubriant
Quiberon
Morlaix
Guingamp
St-Brieuc
Lannion
Perros-Guirec
Ploumanach
Paimpol
Dol-de-Bretagne
Montfort
Montauban-Bretagne
Pontivy
Loudéac
Josselin
Plœrmel
Paimpont
Questembert
Muzillac
La Roche-Bernard
Carnac
Locquirec
Plougonven
Huelgoat
Callac
Rostrenen
Carhaix-Plouguer
Châteauneuf-du-Faou
Pleyben
Brasparts
Crozon
Camaret
Daoulas
Landerneau
Sizun
Plougastel-Daoulas
Conquet
Ouessant
Molène
Pointe St-Mathieu
Cap de la Chèvre
Pointe du Van
Île de Sein
Plogoff
Audierne
Plozévet
Pont-Croix
Locronan
Douarnenez
Morgat
Penmarch
Guilvinec
Loctudy
Bénodet
Concarneau
Fouesnant
Pont-l'Abbé
Saint-Guénolé
Quimperlé
Riec
Pont-Scorff
Moëlan
Le Pouldu
Ploemeur
Lorient
Port-Louis
Lermor
Île de Groix
Îles de Glénan
Hennebont
Landévant
Baud
Guénin
Plouay
Inguiniel
Kernascléden
Guéméné
Scaër
Le Faouët
Gourin
Plouray
Glomel
Gouarec
Mûr-de-Bretagne
Rostrenen
Callac
Bourbriac
Bulat-Pestivien
Belle-Isle-en-Terre
Lanvollon
Plouha
Binic
Châtelaudren
Quintin
St-Gilles-Pligeaux
St-Nicolas-du-P.
Moncontour
Lamballe
Plancoët
Pléneuf-Val-André
Erquy
St-Cast
Ploubalay
Cancale
Avranches
Sables-d'Or
Fort la Latte
St-Quay-Portrieux
Tréguier
Île de Bréhat
Pointe de l'Arcouest
Îles Chausey
Plouescat
Brignogan
Guissény
Plouguerneau
Goulven
Lesneven
Lannilis
Le Folgoët
Porspoder
St-Renan
St-Maurice
la Roche-Maurice
St-Thégonnec
Lampaul-Guimiliau
Landerneau
Sizun
Huelgoat
Callac
Carantec
St-Pol-de-Léon
Roscoff
Île de Batz
Île d'Houat
Île d'Hoedic
Presqu'île de Quiberon
Golfe du Morbihan
Arzon
Sarzeau
Damgan
Pénestin
St-Gildas de Rhuys
Port-Navalo
Erdeven
Plouharnel
Étel
Ste-Anne-d'Auray
Croix
Rochefort-en-Terre
Pipriac
la Roche aux Fées
la Guerche-de-Bretagne
Champeaux
Montfort
Paimpont
Plaërmel
Josselin
Loudéac
Pontivy
Mûr-de-Bretagne
Gouarec
Glomel
Rostrenen
Carhaix-Plouguer
Châteauneuf-du-Faou
Pleyben
Brasparts
Crozon
Camaret
Daoulas
Landerneau
Sizun
Huelgoat
Callac
Bourbriac
Bulat-Pestivien
Belle-Isle-en-Terre
Guingamp
Morlaix

Enfin le dernier site choisi était la maison de santé de Ronsouze à Ploërmel (22). Dans cette structure, dix professionnels ont réalisé les entretiens, à savoir deux psychologues, cinq médecins généralistes, une orthophoniste, une infirmière et une secrétaire. L'échantillon comprenait 9 femmes pour 2 hommes, âgés de 29 à 52 ans.

B. Matériel :

Deux guides d'entretien ont été élaborés par un groupe de huit chercheurs participant à l'étude QualSoPrim, composé de médecins généralistes et 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.
Le guide d'entretien des *Focus Group* comportait douze questions ouvertes sur l'histoire de l'équipe de soins, les difficultés rencontrées à sa création, les changements marquants depuis sa création, les conceptions de chacun du « travailler ensemble », la définition du patient complexe, les outils mis en place pour faciliter l'exercice coordonné, la place du patient et de l'aidant dans la prise en charge, les bénéfices obtenus et les limites de ce mode d'exercice.
Le *Focus Group* avait pour objectif de recueillir des informations générales sur le fonctionnement de la maison de santé.
Le guide des entretiens individuels comportait seize questions ouvertes ayant un rapport avec le parcours du professionnel de santé, son organisation de travail et son mode de fonctionnement. Les entretiens individuels permettaient de compléter les données, notamment les différents parcours de soins des professionnels ainsi que les points de vue respectifs sans crainte d'être jugé par leurs collègues.
Chaque entretien était effectué par un binôme médecin généraliste-sociologue.
Chaque professionnel de santé signait un formulaire de consentement. L'anonymat a été préservé.
Les entretiens ont été intégralement retranscris à partir des enregistrements.

C. Analyse :

Il s'agissait d'une analyse secondaire des cinq thèses réalisées précédemment.
A partir des résultats de ces entretiens, une synthèse exhaustive des éléments pertinents concernant la qualité des soins primaires pour des patients multimorbides, du point de vue de ces professionnels, a été réalisée par un binôme d'internes.
Les différents éléments ont été triés pour aboutir à une synthèse, par un travail en binôme.
Pour cela, les dimensions du soin retrouvées dans chaque site ont été initialement relues. Puis elles ont été regroupées sous des titres les plus pertinents et cohérents possibles, afin d'éviter les redondances. Certaines dimensions hors-sujet ont été exclues.
Puis les dimensions ont été rediscutées au cours de groupe de thèse. En cas de divergence, un consensus était trouvé par les discussions entre chercheurs lors des réunions.
Les dimensions ont été ensuite précisées par des sous catégories, puis des sous sous catégories.
Enfin, chaque dimension et sous catégories ont été illustrées par un verbatim, choisi parmi les travaux des cinq sites, pour être le plus représentatif possible.

III. RESULTATS

L'échantillon, présenté dans le tableau 1, était composé d'un total de soixante-et-un professionnels, quarante-deux femmes et dix-neuf hommes, pour treize professions

représentées, à savoir : médecin généraliste, kinésithérapeute, sage-femme, dentiste, pédicure-podologue, orthophoniste, secrétaire, psychomotricien, diététicienne, pharmacien, infirmier, ostéopathe et psychologue.
Un total de cinquante-six entretiens individuels et de cinq *focus group* a été analysé.
Les deux dentistes de Lanmeur ont été interrogés ensemble, de même que la pharmacienne (PRO4) et le préparateur en pharmacie de Bédée, les deux infirmiers et les deux kinésithérapeutes de Louargat, et les deux secrétaires de Ploërmel.
L'entretien du professionnel 16 de Bédée a été annulé car il ne remplissait pas les critères d'inclusion, à savoir la présence d'un binôme lors de l'entretien.

Tableau 1 : caractéristiques de la population :

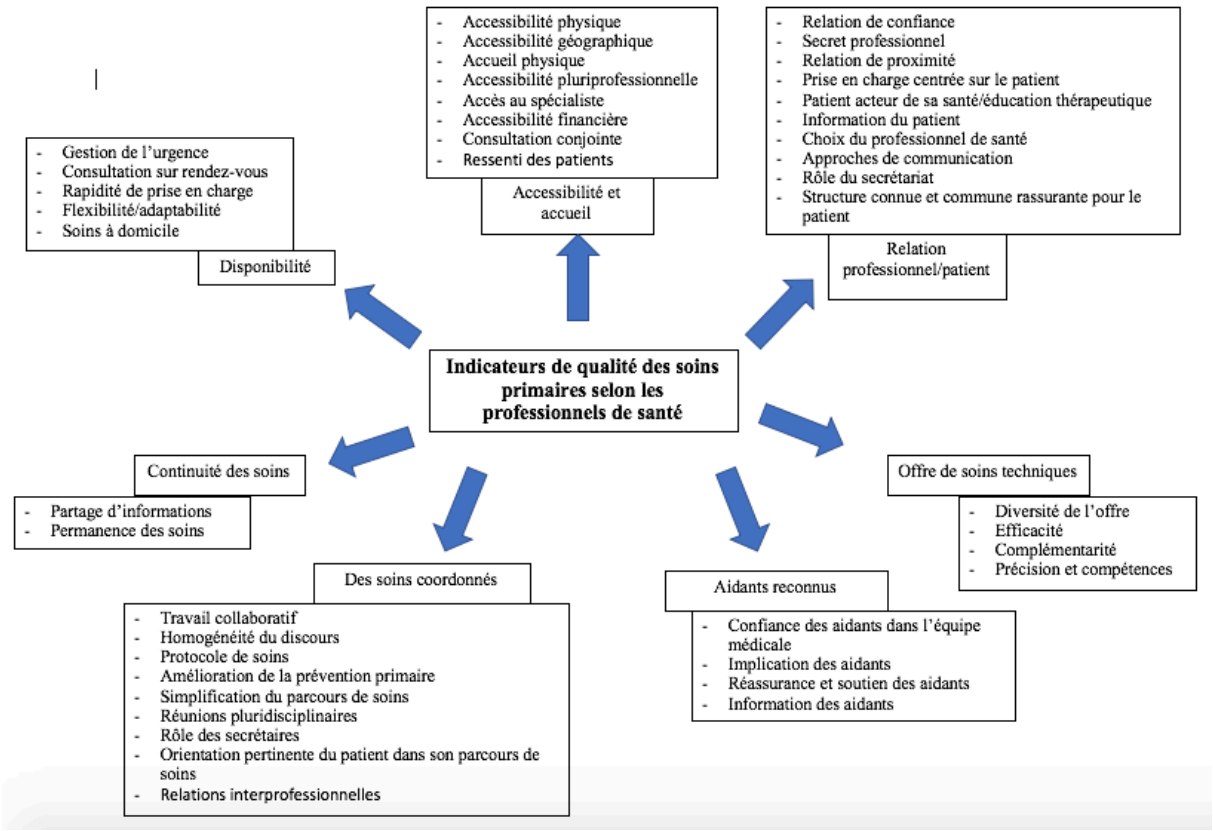
Professionnel	**Profession**	**Sexe**	**Age**
LAN-PRO1	Médecin	Homme	52
LAN-PRO2	Médecin	Femme	34
LAN-PRO3	Médecin	Homme	31
LAN-PRO4	Médecin	Homme	39
LAN-PRO5	Dentistes	Homme et Femme	66 et 63
LAN-PRO6	Ostéopathe	Homme	59
LAN-PRO7	Psychologue	Femme	non connu
LAN-PRO8	Infirmière	Femme	30
LAN-PRO9	Sage-femme	Femme	33
LAN-PRO10	Pédicure-podologue	Femme	26
LAN-PRO11	Orthophoniste	Femme	31
LAN-PRO12	Secrétaire médicale	Femme	41
LEF-PRO1	Médecin généraliste	Femme	34
LEF-PRO2	Médecin généraliste	Femme	33
LEF-PRO3	Orthophoniste	Femme	45
LEF-PRO4	Médecin généraliste	Homme	44
LEF-PRO5	Secrétaire médicale	Femme	45
LEF-PRO6	Psychomotricien	Homme	54
LEF-PRO7	Secrétaire / Coordinatrice	Femme	35
LEF-PRO8	Médecin généraliste	Femme	39
LEF-PRO9	Infirmière cabinet 1	Femme	62
LEF-PRO10	Kinésithérapeute	Homme	36
LEF-PRO11	Pédicure-podologue	Femme	43
LEF-PRO12	Pédicure-podologue	Femme	25
LEF-PRO13	Infirmière cabinet 2	Femme	43
BED-PRO1	Infirmière	Femme	45
BED-PRO2	Kinésithérapeute	Homme	29
BED-PRO3	Médecin généraliste	Homme	30
BED-PRO4	Pharmacienne	Femme	55
BED-PRO4bis	Préparateur en pharmacie	Homme	57

BED-PRO5	Orthophoniste	Femme	38
BED-PRO7	Psychologue	Femme	44
BED-PRO8	Pharmacien	Homme	44
BED-PRO9	Pédicure-podologue	Femme	31
BED-PRO12	Médecin généraliste	Femme	non connu
BED-PRO13	Médecin généraliste	Homme	32
BED-PRO16	Annulé		
BED-PRO17	Médecin généraliste	Femme	non connu
LOU-PRO1	Médecin généraliste	Homme	57
LOU-PRO2	Médecin généraliste	Homme	32
LOU-PRO3	Diététicienne	Femme	33
LOU-PRO4	Infirmier	Homme	46
LOU-PRO5	Infirmière	Femme	35
LOU-PRO6	Kinésithérapeute	Homme	46
LOU-PRO7	Kinésithérapeute	Femme	41
LOU-PRO8	Pédicure-podologue	Femme	29
LOU-PRO9	Sage-femme	Femme	34
LOU-PRO10	Infirmière	Femme	42
LOU-PRO11	Psychologue	Femme	non connu
LOU-PRO12	Secrétaire	Femme	30
PLO-PRO1	Psychologue	Femme	39
PLO-PRO2	Orthophoniste	Femme	38
PLO-PRO3	Médecin généraliste	Homme	51
PLO-PRO4	Infirmière	Femme	52
PLO-PRO5	Médecin généraliste	Femme	39
PLO-PRO6	Médecin généraliste	Homme	38
PLO-PRO7	Secrétaires	Femme et Femme	47 et 49
PLO-PRO8	Médecin généraliste	Femme	44
PLO-PRO9	Psychologue/Sexologue	Femme	39
PLO-PRO10	Médecin généraliste	Femme	29

L'analyse des cinq travaux effectués a mis en évidence sept dimensions d'aspect du soin primaire considérées comme pertinentes selon les professionnels de santé :

- Accessibilité et accueil
- Disponibilité
- Continuité des soins
- Des soins coordonnés
- Relation professionnel/patient
- Offre de soins techniques
- Aidants reconnus

Schéma 2 : Diagramme de synthèse des résultats :



A. Accessibilité et accueil

1. Accessibilité physique

Le premier élément retrouvé était l'accessibilité physique. En effet, selon les professionnels, une accessibilité facile, notamment via un parking était indispensable. *« ben si, parce que pour eux, si ce sont des personnes âgées ils arrivent pour se stationner, déjà ça c'est important et puis ils vont peut-être voir le même jour l'orthophoniste et le médecin quoi »* PLO-FG-1592/1593 .

Par ailleurs, les locaux étaient souvent adaptés avec des accès handicapés, des ascenseurs. « *le fait qu'il y a des accès pour handicapés, un ascenseur, tout çà… on a eu de bons retours des patients »* LAN-PRO8-677/678.

2. Accessibilité géographique

La proximité géographique des professionnels entre eux permettait un meilleur accès au soin pour le patient. « *L'idée c'est de mettre à moins de 10 km des patients une maison où l'on va trouver 7 ou 8 professionnels différents* » LAN-PRO6-206/207 ; « *les enfants y peuvent venir à pied quand ils sont de permanence, ils remontent, enfin c'est super pratique. »* LAN-PRO11-287/288.

3. Accessibilité pluriprofessionnelle

Les professionnels de santé avaient également mis en avant le bénéfice pour les patients d'avoir accès à différents professionnels au sein d'une même structure, *« bien tout le monde est sur place donc c'est ainsi extrêmement simple »* LAN-PRO1-795/796.

4. Accès au spécialiste

Ces structures avaient permis de faciliter l'accès à certains spécialistes qui consultaient sur place. Dans les entretiens, les professionnels de santé avaient précisé que *« les spécialistes font aussi des permanences ici (…) c'est un bien pour tout le monde, ça coûte moins cher à la sécu et le trajet est plus court »* LeF-PRO13-525/529.

5. Accueil physique

Le regroupement pluriprofessionnel au sein d'une même structure permettait d'avoir *« les moyens de se financer des secrétaires sur place »* LAN-PRO2-264, ce qui satisfaisait et rassurait de nombreux patients. Les secrétaires étaient souvent *« un point de rencontre »* LeF-PRO1-766/767, et pouvaient prendre en charge « *les patients qui viennent, n'ont pas forcément besoin de voir le médecin (…) ils ont oublié de demander telle chose donc ils reviennent, ou ils ont besoin de bons de transport, ils viennent chercher »* LAN-PRO12-49/52.

6. Accessibilité financière

Le principal élément mis en avant par les professionnels était le manque de remboursement des consultations avec certains professionnels, notamment pour les psychologues ou les diététiciennes, *« voir une psychologue ou une diététicienne ça peut être un peu compliqué justement parce que c'est pas remboursé »* LOU-PRO3-L384/385.

7. Consultation conjointe/commune

Un autre avantage retrouvé dans toutes ces structures était la possibilité d'organiser des consultations conjointes avec différents professionnels, comme *« des rendez-vous médecin/infirmiers »* LAN-PRO8-154/155, pour les pansements par exemple. Cette caractéristique avait principalement été évoquée par les médecins et les infirmiers.

8. Structure adaptée

Les professionnels décrivaient leurs structures comme étant accueillantes et respectueuses pour les patients, *« le bâtiment est conçu pour d'ailleurs, il est conçu pour avoir des angles pour éviter d'avoir un long couloir qui fait hôpital, ou on voit d'un bout à l'autre tout ce qui se passe, non, non c'est plus, on a estimé que c'était plus heu, heu plus respectueux et ca faisait plus petit d'avoir cette organisation »* PLO-PRO3-1041/1045.

Cependant, certains professionnels soulignaient le manque de confidentialité provoqué par une mauvaise insonorisation « *l'insonorisation elle est pas terrible ici donc des fois on entend dans le couloir, ça c'est le bémol »* LAN-PRO11-622/623.

B. Disponibilité

1. Gestion de l'urgence

Plusieurs éléments avaient été retrouvés permettant une bonne gestion de l'urgence.

i. Place du secrétariat

Premièrement, les secrétaires avaient un rôle majeur selon les différents entretiens dans la gestion de l'urgence. En effet, elles permettaient de trier les demandes selon les disponibilités des professionnels *« beaucoup de demandes pour des rendez-vous qui pour eux sont urgent et pour le médecin ne l'est pas. Tout ce qui est papier administratif, les demandes de prêts c'est sûr que c'est urgent pour le patient hein. »* LeF-PRO5-140/142.

ii. Créneaux d'urgence

Les créneaux de consultation réservés aux urgences étaient également un point important de cette catégorie. En effet, il existait *« des plages remplies que le jour même, qui sont débloquées le jour même, pour pouvoir accueillir ce qui n'est pas programmable »* LOU-PRO1-L239/240. Le nombre de créneaux d'urgence était flexible et variait selon les jours, *« le lundi on en garde un petit peu plus parce qu'on sait qu'il y a le retour de week-end »* LOU-PRO12-L394/395.

iii. Suppléance

Une suppléance en cas d'urgence était organisée, *« c'est à dire on compte vraiment les uns sur les autres et les patients savent que s'il y a une urgence il y aura toujours l'un de nous quatre qui verra, tant pis si ce n'est pas le médecin »* LeF-PRO1-161/163.
Cependant, certains patients avaient du mal à accepter ce système « *c'est les générations plus âgées qui râlent un peu, et puis c'est « Vous êtes jamais là », « Si, je suis là, je suis à côté, mais j'étais pas là pour vous à telle heure », parce qu'ils sont assez exigeants aussi, les gens. »* LeF-PRO8-200/202.

iv. Permanence téléphonique médicale

Une permanence téléphonique était mise en place pour les horaires de fermeture du secrétariat, *« en cas d'urgence de midi à 14 h et de 18 à 20h le soir un médecin du cabinet est joignable sur tel numéro et donc si c'est vraiment urgent, les gens appellent ce portable et c'est un des quatre médecins qui répond. Il y a un tour de rôle pour le portable. »* LeF-PRO5-485/488.
A noter que cette catégorie avait principalement été évoquée par les secrétaires et les médecins.

2. Consultation sur rendez-vous

i. Ponctualité

La mise en place de consultations sur rendez-vous avait amélioré la ponctualité en consultation, *« les gens s'ils viennent sur rendez-vous c'est pour qu'ils soient pris à peu près à l'heure »* LOU-PRO2-L651/653.

ii. Diminution du temps d'attente au cabinet

L'organisation de consultations sur rendez-vous s'était retrouvée au sein de tous les sites. Cela permettait aux patients de venir juste avant leur rendez-vous et de ne plus *« attendre 3 h dans une pièce avec tous les malades »* LeF-PRO1-757/760.

iii. Modifications des habitudes des patients

Ce passage aux consultations sur rendez-vous avait forcé les patients à un changement de leurs habitudes, parfois mal vécu, notamment à la maison médicale du Faou, *« ça a été compliqué, et ils nous en veulent pour ça, je pense »* LeF-PRO8-178/180. D'autres en revanche, s'étaient rendu-compte du bénéfice des consultations sur rendez-vous, *« c'était sans rendez-vous avec mon prédécesseur donc y'avait un peu d'attente, ils se sont rendus compte que quand y'avait*

rendez-vous ils attendent pas trois heures avec des gens qui toussent partout, qui vomissent enfin c'est quand même plus confortable pour eux » PLO-PRO5-533/536.

3. Rapidité de prise en charge

La présence de plusieurs professionnels sur le même site permettait de diminuer les délais de rendez-vous, *« eux sont quand même contents parce que quand ils rentrent ben si moi c'est complet ben je veux dire je dois avoir un collègue qui peut en urgence ben ils sont contents d'être pris »* PLO-PRO8-601/603.

4. Flexibilité/adaptabilité

Les temps de consultation étaient, au maximum, adaptés au motif de la consultation *« Quand on sait à l'avance qu'il y a des patients qui sont un peu fragiles, et qu'on sent un peu au téléphone, si elle nous dit « ça ne va pas, il y a quelque chose », on met une demi-heure »* LAN-PRO12-375/376.

Par ailleurs, les professionnels pouvaient adapter leur passage au domicile au cas par cas selon les patients *« là on a un monsieur qui est en train de mourir donc c'est clair que...qu'ils peuvent très bien nous appeler à 21H »* LOU-PRO10-L810/811.

5. Soins à domicile

Même si le nombre de visites à domicile était en diminution selon les professionnels, elles n'en restaient pas moins indispensables pour la prise en charge de certains patients ne pouvant plus se déplacer *« visites incompressibles, des gens qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons de santé »* LOU-PRO1-L169/170.

Les différents professionnels se déplaçaient au domicile, que ce soit les médecins, les infirmiers, et même comme c'était le cas à Lanmeur, le pharmacien, « *Ce n'a pas été simple pour eux d'installer tout le matériel donc les pharmaciens sont aussi intervenus, donc c'est le pharmacien de la commune qui intervient chez eux, enfin de Lanmeur pour tout mettre en place le lit, le lève-malade, le fauteuil roulant enfin tout ça. »* LAN-PRO2-156/158.

C. Continuité des soins

1. Partage d'informations

Le partage d'informations était un élément très développé par de nombreux professionnels au cours des entretiens. De nombreux outils avaient été évoqués pour le permettre.

i. Dossier médical informatisé

Le premier était le dossier médical informatisé, via des logiciels communs, qui permettait à tous les professionnels d'avoir les informations des patients même s'ils ne les suivaient pas habituellement, ce qui rassurait les patients *« il savait que le dossier était là, et qu'il y avait un dossier partagé et qu'on pouvait continuer, qu'il n'avait pas à réexpliquer leurs histoires, leurs problèmes… »* LAN-PRO2-282/285.

A noter que certains professionnels avaient souligné que les logiciels n'étaient pas toujours adaptés à leur pratique et donc peu utilisés, *« ça serait bien que tous les soignants de la structure utilisent l'outil informatique »* LAN-PRO2-485/486.

Il était intéressant de remarquer que quelques professionnels avaient émis une réserve sur le partage du dossier, qui selon eux pouvait entrainer une vision biaisée sur le patient du fait des informations que l'on pouvait y trouver *« ça peut mettre ce qu'on appelle un effet pygmalion négatif, focalisé sur les choses négatives »* PLO-FG-1022/1023.

ii. Cahiers de transmissions

Par ailleurs, les cahiers de transmissions au domicile, avec l'apport des photos, notamment dans le suivi des plaies, étaient également un élément très important *« le dossier de soin à domicile c'est vraiment quelque chose qui va nous servir tous les jours en fait. Et tout le monde en avait besoin. »* LAN-PRO10-648/649. Cet outil avait principalement été évoqué par les infirmiers et les médecins.

iii. Messagerie sécurisée

Un autre paramètre retenu dans cette catégorie était l'utilisation d'une messagerie sécurisée pour faciliter les échanges avec les intervenants extérieurs. *« Oui Clozapine, voilà. Donc c'est vrai on a mis en place et depuis qu'on est là avec la messagerie sécurisée en fait le labo nous envoie le rapport ben avec une réactivité importante en fait le rapport avec la prise de sang c'est un médicament qu'on peut délivrer »* BED-PRO8-L110/116.

iv. Secrétariat

Le secrétariat avait également un rôle important dans le partage d'informations, tant pour faire le lien entre les différents professionnels, pour la transmission de messages, *« l'autre jour P était en vacances, j'avais besoin de communiquer sur un patient qu'il allait voir avant que moi je ne revienne, je lui ai laissé un mot, par la secrétaire »* LOU-PRO3-759/761, que pour gérer la partie administrative et actualiser les dossiers, *« pour que je les enregistre dans les dossiers des patients si c'est des patients en commun »* LOU-PRO12-540/541.

2. Permanence des soins

i. Médecin remplaçant

Les entretiens avaient par ailleurs mis en avant l'importance des médecins remplaçants pour la permanence des soins, *« Alors sur les deux jours où je suis pas là, il y a un jour où j'ai un remplaçant fixe qui est chez moi tous les vendredis, il est chez son associé tous les jeudis et il fait en plus toutes nos vacances. Donc c'est pareil, il a une grande amplitude de travail, il est… c'est un interne aussi SASPAS qui est resté et ça fait trois ans qu'il est là, voilà, il passe sa thèse dans 2 ou 3 mois, enfin il fait partie des murs quoi, déjà les patients le connaissent très bien, ça c'est le vendredi pour moi ; et le mardi qui est mon jour de fac, là c'est les internes SASPAS, qui viennent ce jour-là. »* PLO-PRO3-107/113.

ii. Gardes

Un système de gardes était organisé le samedi matin, avec un roulement des médecins *« le samedi on est ouvert de 8h à midi. Avec 1 médecin de garde sûr. Et on peut faire appel à un deuxième si vraiment ça déborde »* LeF-PRO5-517/518.

A noter que, selon certains professionnels, quelques patients auraient souhaité qu'il y ait un système de garde les week-ends « *ce que les gens trouvent dommage c'est que le week-end il n'y a personne* » LeF-PRO13-L546.

D. <u>Des soins coordonnés</u>

1. Travail collaboratif

i. Structure de travail commune

Le travail collaboratif était facilité par le fait de travailler au sein de la même structure, ce qui permettait d'augmenter les échanges sur les patients, *« on a beaucoup plus de discussions que si on est tout seul dans son cabinet et du coup je pense quand même que ça améliore la*

prise en charge du patient, enfin j'espère quoi. Parce qu'on est quand même plus à l'écoute. » LeF-PRO3-868/87.
Cependant, malgré une meilleure communication, certains professionnels ne la trouvaient pas encore optimale *« il faut à mon avis beaucoup plus de communication »* LAN-PRO6-L417.

ii. Conséquences pour les patients

Selon les différents professionnels, les patients étaient en très grande majorité satisfaits de cette collaboration entre les professionnels, qui les rassurait, « *Et après cette dame-là était très attentive, d'accord pour tout. On voyait qu'elle était contente justement qu'on se parle. A chaque fois elle me demandait si j'avais téléphoné au médecin et je pense que les gens attendent ça aussi."* LAN-PRO10-358/361 ; *"la majorité écrasante de la population (en dehors des pervers), ils sont ravis d'avoir des soins coordonnés »* LAN-PRO1-776/777.

2. Homogénéité du discours

L'exercice coordonné permettait aux professionnels d'avoir un discours homogène, *« Ils se rendent compte qu'on a des discours cohérents que l'on discute entre nous, parce que on le voit, ils le disent « ah oui je sais vous avez vu l'infirmière » ils disent son prénom « elle m'a dit que vous lui avez dit ça ». Ils se rendent compte que on parle d'eux et je crois qu'ils en sont très contents. »* LeF-PRO1-405/408.
De plus, cette cohésion dans les discours entre les différents intervenants permettait une meilleure alliance thérapeutique, « *Oui, je pense qu'on a parlé quasiment toutes les semaines de la maison de retraite. Et au bout d'un moment d'en parler régulièrement, ça a peut-être, ça lui a permis en fait, peut-être de l'envisager, et d'accepter et finalement que ça lui convienne bien en fait »* LEF-PRO2-L837/840.

3. Protocoles de soins

La mise en place de protocoles de soins avait plusieurs objectifs.
Premièrement, elle aboutissait à une meilleure prise en charge, notamment en ce qui concernait le suivi des plaies, *« Donc on voulait qu'il y ait ce dossier de suivi pour éviter au médecin à chaque fois de réouvrir et de refaire le pansement et que le patient souffre »* LeF-PRO7-1045/1046.
Les protocoles donnaient également lieu à une prise en charge plus rapide, via une autonomisation des infirmières, *« AK : Mais ça c'est pour ne pas avoir besoin d'appeler le médecin ? PRO9 : Voilà, et c'est comme pour le diabète c'est pareil, on a certains protocoles aussi par rapport au... pour les rapides ou des choses... voilà, on sait que quand il y a tant et tant eh ben on peut augmenter ou diminuer l'insuline. »* LeF-PRO9-720/723.
Enfin, ils soulageaient les patients, les professionnels et les aidants, particulièrement en ce qui concernait la fin de vie, *« Et là on est parti sur 1 an de mise en place, d'essayer de trouver la meilleure solution pour le patient en travail coordonné avec les infirmiers, les podos, les kinés pour essayer de trouver une solution et de trouver quelque chose pour soulager la famille et le patient, et pour que les médecins ou les infirmiers n'aient pas un petit peu ce poids, parce que c'est super dur à encaisser. Surtout selon les patients »* LeF-PRO7-1055/1059.

4. Amélioration de la prévention primaire

La prévention primaire semblait améliorée par le travail collaboratif, comme le constatait un professionnel à Louargat, avec « *un taux de suivi de réalisation de frottis de dépistage chez les femmes qui est quand même vachement bon »* LOU-PRO1-L194/195.

i. Appuis extérieurs

Les missions de prévention primaire étaient soutenues par des acteurs extérieurs, tels que l'ARS, « e*t puis l'ARS, il y avait une personne de l'ARS qui nous soutenait, qui nous aidait à mettre en place ce genre de chose »* BED-PRO8-564/577.

ii. Vigilance collective

La collaboration des soins permettait également une surveillance rapprochée des patients, du fait de l'intervention des différents professionnels autour du même patient, *« mais régulièrement moi j'ai les infirmières qui me disent « ce patient là ca ne va plus, est ce que tu peux me refaire l'ordonnance ? Il faut qu'on passe maintenant faire ça en plus. Parce que on se rend compte que ça se dégrade ». Ce n'est pas de la surconsommation de soins, connaissant nos collègues, ce n'est vraiment pas dans cet esprit là, mais c'est au contraire de l'anticipation de soucis »* LeF-PRO1-400/404.

iii. Anticipation des dégradations

Par ailleurs, le travail collaboratif, par l'intervention d'un réseau de professionnels autour d'un patient permettait d'anticiper les dégradations comme les pertes d'autonomie, les dégradations cliniques, notamment par l'activité coordonnée des kinésithérapeutes, des infirmiers et des médecins, « *Ce qu'on va anticiper ça va être la mise en place des soins* » LeF-PRO11-L761.

5. Simplification du parcours de soins.

La coordination des soins engendrait également une simplification du parcours de soins des patients, en évitant dans certains cas un passage aux urgences, « *Si, une fois j'ai fait venir le médecin de Bédée pour une suture, mais ça c'est peut-être mon parcours à moi de bloc, c'est que c'est un petit papi de plus de 90 ans qu'avait fait une chute, que j'avais relevé, qui s'était ouvert l'arcade je me suis dit: "voilà, il vont l'envoyer aux urgences, il va rester je sais pas combien de temps sur un brancard pour mettre trois points de peau euh...(...) Donc je fais quoi, j'appelle le médecin qui me dit: "mais tu crois qu'il faut mettre des points?" ben je dis: "oui les strips ça va pas suffire" rolala, je ne vais pas faire ça à la maison. Mais si je vais rester, je vais t'aider. Bon ok. Donc euh voilà, il est venu, on a suturé et euh... voilà." C'est aussi ça, ce genre de situations de se dire: "mon patient là, est-ce que c'est raisonnable de l'envoyer aux urgences pour trois points de peau »* BED-PRO1-932/942.

Cela facilitait également l'accès des patients à des consultations spécialisées sans passer forcément par une structure hospitalière qui pouvait être assez éloignée, favorisant les soins de proximité : *« Après pour les femmes je leur explique que si… voilà, on fait du suivi de… gynéco, suivi de grossesse tous, moi ou mes collègues ici, qu'il y a aussi une sage-femme si elles ont envie de… d'avoir recours à une sage-femme juste à côté qui fait aussi tout ça et qui a pas forcément besoin pour un suivi de grossesse d'aller tous les mois à l'hôpital qui est à 20 mn de route, enfin la maternité »* BED-PRO13-L678/682.

6. Réunions pluridisciplinaires

Dans les cinq sites, nous avons retrouvé l'existence de réunions pluridisciplinaires.

i. Prise en charge globale du patient

Ces réunions donnaient une vraie vision globale des patients, *« on découvre des choses puisque chacun à des brides de l'histoire des patients ; on n'a pas les mêmes brides, et de pouvoir discuter c'est … Parce que voilà, on ne suit pas une maladie mais on suit un patient avec une*

maladie dans son histoire de vie. Et c'est important de connaitre l'histoire de vie, même les liens familiaux entre les gens » LeF-PRO4-613/616.

ii. Remise en question des prises en charge

Elles aboutissaient parfois à des remises en question des prises en charge, « *je pense que d'échanger, de partager dessus, ça m'a permis de, peut-être d'envisager autrement le suivi »* LeF-PRO2-355/356.
Certaines de ces réunions pouvaient être informelles, *« je fais un mail groupé avec ceux à qui j'ai envie de parler, « j'aimerai bien qu'on se voit, on organise un truc », on dit « ben tiens à la pause café là on en parle ». Des fois c'est plus facile »* LeF-PRO11-796/799.

iii. Échanges sur les difficultés rencontrées

Enfin, elles entrainaient des échanges sur les difficultés rencontrées, *« ça nous a fait du bien de tous partager nos expériences »* LAN-PRO5-1797-1798.

7. Rôle des secrétaires

Le rôle majeur du secrétariat dans la coordination des soins avait également été largement développé dans les entretiens.
Les secrétaires avaient un rôle d'intermédiaire entre les patients et les médecins, mais aussi entre les différents professionnels *« j'ai eu tout à l'heure un échange avec l'infirmière, c'est pour donner l'état de santé des patients, pour dire que, voilà il y a une plaie qui se dégrade ou il y a un traitement qui ne marche pas »* LAN-PRO12-585/587.
Par ailleurs, le secrétariat médical prenait des rendez-vous chez des professionnels extérieurs à la MSP *« ils ne savent pas comment ça marche, ou des fois ils n'ont pas le téléphone, ou ils sont sourds ou ne parlent pas très bien le français ou quoi voilà, là oui j'appelle les infirmiers des fois moi-même »* LAN-PRO12-560/562.

8. Orientation pertinente du patient dans son parcours de soins

Le regroupement avait permis aux professionnels de découvrir les spécialités de chacun et ainsi de mieux orienter les patients dans le parcours de soins *« Avant de travailler dans les mêmes locaux, je savais pas trop quelles étaient leurs spécialités à chacune ni quelle était leur… j'avais pas trop les retours des gens. Alors que maintenant ça y est, on en a un peu plus donc on peut dire là allez voir plutôt X ou Y »* PLO-PRO3-423/426.

9. Relations interprofessionnelles

Dans les cinq sites, les relations interprofessionnelles ont été largement évoquées.

i. Ambiance saine

Le travail en groupe établissait une relation de confiance et de bienveillance avec les autres professionnels, *« entre praticiens c'est bien de se connaître. On a confiance les uns aux autres donc on se protège tous plus ou moins ensemble. »* LAN-PRO10-925/927.
Par ailleurs, on retrouvait un épanouissement professionnel au cours des entretiens, « *On a une super qualité de travail en fait dans la maison de santé. Mais aussi, parce qu'on l'on se voit régulièrement, parce qu'il y a une bonne ambiance, parce qu'on … La structure fait aussi que l'on attire beaucoup je pense de remplaçants, de stagiaires, de choses comme ça et donc, oui,*

on a une qualité de vie qui est clairement, une qualité de travail qui est très bonne oui. » LeF-PRO2-1259/1263.

Ce que les professionnels avaient également souligné au cours des entretiens était l'absence de hiérarchie entre eux, ce qui semblait être grandement apprécié. *« je m'étais dis heu non je ne retravaillerai probablement pas avec une équipe médicale avec les médecins, bon alors voilà, c'était des professeurs, c'était difficile de se faire sa place en tant que jeune psychologue donc je suis arrivée dans la maison médicale en me disant bon comment ca va se passer avec les médecins ? et bon ouais avec leur formation, la médecine générale ça n'a rien à voir, enfin très très bien accueillie et j'ai trouvé ma place très rapidement. »* PLO-PRO1-211/216.

Certains professionnels avaient de même souligné les conséquences bénéfiques que cette ambiance de travail pouvait avoir sur les patients, « *il y a de la détente chez le thérapeute, et donc ça c'est ce que pourra ressentir un patient, le bien-être des thérapeutes s'ils sont justement dans une maison de santé. »* LeF-PRO10-379/380.

ii. Communication facilitée

Le travail en groupe facilitait également la communication entre les professionnels, d'une part par la proximité physique *« Frapper à la porte du collègue, c'est parfois plus rapide et plus constructif que d'envoyer un mail »* LeF-FG-807/808. D'autre part, l'intimité qui se créait entre les professionnels aidait également les échanges « *quand on dit « tu » quand on les appelle par leur prénom, quand on leur tape la bise. C'est plus facile de prendre le portable, les appeler et leur dire « là je suis en difficulté avec mme machin Mr truc, qu'est-ce que tu en penses, tu le vois tous les jours ». C'est vrai qu'on rencontre plus facilement les infirmiers je trouve, parce que déjà on est au même étage »* LAN-PRO2-39/42.

Enfin, la messagerie instantanée permettait un gain de temps, car *« ça va beaucoup plus vite de faire un courrier que d'appeler quelqu'un »* LAN-PRO10-144/145 ; *« Il y a les 2 oui, il y a là (en montrant l'icône sur l'ordinateur) donc on se cause comme ça. Et puis sinon on les appelle en ligne directe. »* LAN-PRO12-326/327.

Certains professionnels avaient cependant rapporté une « virtualisation » des échanges du fait de ces modes de communication, rendant les rapports moins « humains », *« EL : Et d'un autre coté on ne rentre plus facilement en relation, heureusement qu'on se croise, lors des réunions notamment. Parce que sinon on ne se connaitrait peu... Vous voyez il y a un côté impersonnel je trouve »* LAN-PRO5-1506/1507.

iii. Stimulation interprofessionnelle

Le travail en groupe apportait un partage d'informations et une acquisition de nouvelles compétences *« elle m'a appris des choses que je ne savais pas justement par rapport à des traitements et tout ça ou même... et moi par contre je lui ai dit des choses, par exemple sur le PICC-Line qu'elle savait pas, des choses comme ça, ben voilà c'est bien d'échanger, à ce moment-là on découvre beaucoup de choses. »* LeF-PRO9-235/238.

Par ailleurs, certains professionnels avaient également rapporté l'intérêt de travailler avec d'autres professionnels pour découvrir de nouvelles activités, *« j'ai découvert l'hypnose en étant avec mes collègues, c'était pas très à la mode quand j'étais interne heu et dans ma fac y'en avait pas du tout. »* PLO-PRO5-600/602.

Enfin, la stimulation interprofessionnelle passait par l'organisation de formations théoriques, « *l'année dernière avait lancé un groupe de travail sur la grossesse physio, sur la grossesse en fait dans l'idée qu'on se mette tous ici dans le pôle, qu'on puisse se dire chacun à tous les*

moments de la grossesse, quand est ce qu'on envoie les femmes, et quel parcours on peut leur faire ici » LAN-PRO9-347/350.

iv. Soutien/entraide

A travers plusieurs entretiens, l'esprit de solidarité entre professionnels avait été rapporté, « *Et puis je crois qu'il y a un esprit de solidarité aussi qui est important, parce que là justement il y avait, il y a eu des fois où on sentait, il y a eu des personnes qui étaient en difficulté par rapport bah aux charges et tout ça. On a essayé de trouver des solutions ensembles, pour maintenir la cohésion en fait, que ça puisse marcher. Et donc là ça a quand même resserré les liens, voilà on sent qu'il y a une équipe quand même, voilà esprit, voilà fraternité un peu, voilà, bon c'est un grand mot mais je trouve que c'est assez réel quand même »* LeF-PRO6-578/583.

v. Réassurance

Certains professionnels avaient évoqué la sérénité et la sécurité apportées par le travail dans une structure de groupe, « *ça me plaisait l'idée que l'on soit dans un espace ensemble en termes de sécurité »* LAN-PRO7-95/96; *« parce que des fois on a des patients heu oui surtout nous enfin je pense tout le monde mais heu psy des fois, F elle a quand même un patient qui lui a mis un coup de poing à la figure, on peut avoir des patients oui parfois un peu limite, non non F (...) OM : on peut avoir quelques fois effectivement des patients avec des comportements un petit limite, qu'on va plutôt orienter psychiatrie et le fait de savoir qu'on est pas seule dans le bâtiment aussi même pas c'est plutôt rassurant «* PLO-FG-1035/1043.

E. Relations professionnel-patient

1. Relation de confiance

Le professionnalisme apporté par le fait de travailler dans une structure de soins donnait confiance envers les professionnels « *CJ : oui je pense que ça valide le côté, enfin un peu pro, on est vraiment professionnel de santé avéré avec des médecins EM : c'est une caution quoi CJ : c'est une caution »* PLO-FG-1325/1328 ; *« Mais il y a peut-être plus de confiance du coup?... (...) C'est ce qui ressort le plus oui. Je pense qu'ils sont en confiance parce qu'on travaille ensemble donc euh… du coup c'est plus serein »* BED-PRO1-L1206/1209.

2. Temps d'écoute

Les professionnels rapportaient également les liens qui se créaient avec les patients, parfois très proches. *« Il y a des gens qui se livrent beaucoup »* LOU-PRO8-L237 ; *« elle m'a raconté sa vie en une demi-heure, qu'elle a perdu 2 petits enfants alors que je ne lui avis rien demandé, c'est venu comme ça et ça lui a fait du bien je pense. Elle est partie de là elle était contente »* LOU-PRO8-438/440.

3. Secret professionnel

Dans tous les entretiens, il était ressorti l'importance accordée au secret médical. *« On a une affiche en salle d'attente en fait disant qu'il y a un dossier médical partagé. Entre les infirmiers, la podologue et les médecins. Et puis initialement la psychiatre mais qui a quitté la structure. Et donc effectivement, c'est noté et que si ils veulent que ce ne soit pas partagé, ils le précisent. »* LeF-PRO2-293/296. Certains professionnels soulignaient tout de même que quelques patients étaient méfiants, quant au respect du secret professionnel, *« J'ai un exemple d'un patient qui est passé ce matin ou hier et qui, par contre, osait pas me parler d'un problème*

qu'il avait eu avec son médecin parce qu'il disait « Ben il est d'ici donc… », comme si forcément j'allais répéter, alors je lui dis bien Non » LAN-PRO11-619/621.

4. Prise en charge centrée sur le patient

La complémentarité des professionnels permettait également une meilleure prise en charge mettant au centre le patient, *« avec moi elle a pu évoquer des choses qu'elle n'avait pas pu parler avec son médecin, des idées noires…FP : donc elle vous l'a dit ? OML ; elle me l'a dit à moi, je lui ai demandé si elle en avait parlé au médecin, non, c'est quand même un sujet important, c'était des idées suicidaires et je pense que le médecin devait être au courant et elle m'a demandé, elle a accepté, elle m'a demandé de lui en parler, moi directement, car elle ne se sentait pas capable, donc là j'ai pu prévenir »* PLO-PRO1-463/470.
Un des professionnels de Louargat précisait même *« c'est eux les patrons »* LOU-PRO10-L68.

5. Patient acteur de sa santé/ éducation thérapeutique

Placer le patient au centre de sa prise en charge et en faire l'acteur principal de sa santé apparaissait être un objectif pour tous les professionnels, « *leur permettre de trouver par eux même des outils pour améliorer leur prise en charge, ou leurs soins, qu'ils fassent plus attention à eux. »* LeF-PRO4-363/364.
Par ailleurs, la création d'ateliers d'éducation thérapeutique organisés par les maisons de santé allait en ce sens, *« déjà qu'ils nous voient animer un atelier en commun, infirmier, médecin, podo, médecin, infirmier, podo, le fait qu'on soit ensemble, qu'on parle de la même chose, de manière, d'une façon différente, mais qu'on parle de la même chose, déjà je pense qu'ils s'impliquent plus, qu'ils comprennent plus de choses. Et ça je pense que ça change le regard, l'éducation thérapeutique, le fait d'avoir ces groupes, je pense que ça change »* LeF-PRO11-907/911.

6. Information du patient

L'information des patients restait une des préoccupations principales des professionnels, que ce soit en ce qui concernait leur prise en charge et le partage d'informations, *« je leur explique voilà je leur dis « comme ça leur infirmier, les gens qui viennent chez vous pour votre soin, c'est plus simple pour votre suivi, les transmissions » »* LAN-PRO2-350/352 ; mais aussi sur les différents professionnels de la structure, « *Mais je sais qu'ils ont beaucoup de question sur le pôle, ils ont beaucoup de questions par exemple il nous demande si on ne connaît pas une sage-femme, c'est tout simple voilà. Ou ils nous parlent de leur problème, on dit « oui mais faut aller voir à la porte d'à côté, en bas » »* LAN-PRO10-793/796.

7. Choix du professionnel de santé

Un autre point important relevé par les différents professionnels était la liberté de choix du praticien. *« Je trouve fondamental de laisser la liberté au patient de choisir »* LOU-PRO6-134.
Même si de nombreux professionnels étaient présents dans la même structure, il apparaissait fondamental de laisser le patient choisir, s'il le souhaitait, de consulter ailleurs. *« Ils ont toujours la liberté, moi quand je présente les choses je dis "il y a quelqu'un ici, après si vous voulez voir quelqu'un d'autre je peux vous proposer d'autres noms » »* LOU-FG-1148/1149.
Certains soulignaient cependant la difficulté que pouvait avoir un patient qui aurait souhaité changer de médecin pour un autre médecin de la structure *« L'autre petit frein c'est pour ceux qui veulent changer de médecin, c'est peut-être compliqué (c'est-à-dire ?). Ça passe plus, ils veulent aller voir un autre médecin et pour eux c'est peut-être un frein d'aller voir un autre*

médecin dû à la maison médicale, parce que là pour le coup on va le croiser (ouais donc des fuites de patients, des pertes ?). Oui c'est pareil, moi ça me dérange pas mais lui il peut se demander qu'est-ce qu'il va penser de moi s'il me voit dans la salle d'attente d'à côté, en général quand il change c'est que la relation elle est un peu compliquée aussi, pour l'un comme pour l'autre c'est peut-être mieux que ça change » PLO-PRO6-L523/529.

8. Approche de communication différente

La possibilité d'avoir facilement un deuxième avis, pour appuyer une prise en charge avait également été soulignée par certains professionnels. *« On dit au patient « Écoutez... », en fait, le truc du doute ça marche bien, « J'ai un doute », même si au fond de soi, on l'a pas mais pour appuyer, déjà on a nos internes, ça, ça aide, et puis de dire aux collègues d'à côté « Tu veux pas venir voir ? », et d'entendre que le collègue spontanément il dit la même chose que nous, en général ça aide. Oh oui, ça aide, ouais. »* LeF-PRO8-277/282.

Par ailleurs, le fait d'être plusieurs professionnels permettait d'aborder les choses sous différents angles, et ainsi de parfois convaincre le patient d'accepter une prise en charge. *« C'était peut-être d'en parler différemment, après si le patient il ne veut pas, ... voilà juste d'en reparler régulièrement peut être et de lui présenter un peu les avantages. Ou ce qu'on en attend.* » LeF-PRO2-845/846.

9. Rôle du secrétariat

Le rôle du secrétariat dans la relation avec le patient avait été relevé dans l'ensemble des cinq sites. Les secrétaires étaient *« un point de rencontre »* LeF-PRO1-766/767, et pouvaient répondre aux questions des patients lorsque les autres professionnels n'étaient pas disponibles sur le moment, elles *« prennent les messages, elles mettent les mots »* LeF-PRO1-766/767.

Elles permettaient également parfois de *« temporiser un peu les gens aussi quand ils sont un petit peu énervés. »* LeF-PRO5-114/115.

10. Structure connue et commune rassurante pour le patient

Le fait de travailler dans une même structure semblait être un élément important qui rassurait les patients, et les incitait à venir consulter les différents professionnels, *« ah c'est dans le même bureau que la diététicienne, ah c'est dans la maison de santé, ah oui je connais bien, je connais bien. Il y a peut-être quelque chose de rassurant quoi plutôt que la psycho qui est cachée au fond des bois. »* LOU-PRO11-L680/683, *« pour des personnes âgées effectivement c'est peut être plus angoissant d'aller dans une grande ville où on ne sait pas où se garer, où on ne connait pas, etc. Que de venir à l'endroit où ils connaissent bien, où il y a une place de parking facilement trouvable, où ils connaissent l'endroit, ils connaissent l'accueil, les secrétaires, les locaux, (...) les patients nous le disent, »* LeF-PRO2-901/908.

11. Structure impersonnelle

Certains professionnels avaient néanmoins fait remarquer que quelques patients considéraient ces structures comme plus impersonnelles qu'un cabinet de médecin traitant, rendant la prise en charge moins personnalisée *« même si les gens disent qu'avant c'était peut-être plus familial puisque forcément il n'y avait que moi et un autre donc, là ça devient plus anonyme quand ils rentrent ici »* PLO-PRO8-599/601.

12. Échange d'informations : ressenti du patient

Dans l'ensemble, selon les professionnels, les patients semblaient rassurés par les échanges interprofessionnels. *« Je pense que ça les rassure de savoir qu'on se parle tous ensemble, qu'on se parle tous. C'est vrai qu'ils n'ont pas besoin eux de se préoccuper, d'aller dire au médecin »* LAN-PRO10-863/865.

Il était néanmoins intéressant de noter que certains patients craignaient d'échanger avec les professionnels de peur que les informations ne soient transmises aux autres professionnels *« j'ai un exemple d'un patient qui est passé ce matin ou hier et qui, par contre, osait pas me parler d'un problème qu'il avait eu avec son médecin parce qu'il disait « Ben il est d'ici donc… », comme si forcément j'allais répéter, alors je lui dis bien Non »* LAN-PRO11-619/621.

F. Offre de soins techniques

1. Diversité de l'offre

Certains spécialistes, en plus des différents professionnels exerçant sur place, se rendaient régulièrement au sein des maisons de santé, ce qui augmentait encore le panel de consultations pour les patients, *« ça peut être avec les orthopédistes, avec les ORL, moi ça m'est arrivé de demander des avis. Ils viennent »* LeF-PRO1-450/453.

2. Efficacité

i. Diminution du recours au service d'urgence

Les entretiens avaient mis en évidence une diminution du recours aux urgences, du fait de la présence de différents professionnels dans la même structure. *« On a eu un petit monsieur qui était venu me voir, un petit papi d'ici qui avait fait une chute à vélo alors il y a eu… plus voir les infirmiers parce que c'est un pansement on est bien d'accord il était tombé donc il vient ici: "ralala il faut des points là, c'est pas pour moi" bon du coup voilà; ah toc toc : "tu veux pas voir? j'ai un patient là, est-ce qu'on l'envoie aux urgences? Est-ce que tu peux faire quelque chose ?"Voilà. Ça peut être ça »* BED-PRO1-L926/931.

ii. Ressources matérielles pour la gestion de l'urgence

Certains professionnels avaient souligné le fait qu'il y avait les ressources matérielles nécessaires à la gestion d'urgence vitale, type arrêt cardio-respiratoire, *« Donc ça c'est des ressources, c'est sûr qu'en cabinet isolé, tous les cabinets que j'avais faits auparavant, bon il y aurait eu massage, mais il n'y aurait pas eu toute cette technologie déjà. Nous on a des bouteilles d'oxygène, on a kits d'urgence, défibrillateur, tout ça, donc ça c'est quand même un... ça, ça s'est fait très vite »* LeF-PRO10-137/140.

Par ailleurs, l'unité de lieu d'exercice permettait également d'améliorer la prise en charge de certaines urgences, *« un patient suicidaire, vraiment au bord, au bord, et descendre en urgence demander quel médecin peut venir vite j'ai besoin d'une hospitalisation. Et là un médecin qui a pu se dégager à ce moment-là, entre deux patients et qu'elle attende en bas avec le médecin pour le faire hospitaliser quoi. Ce qui serait absolument impossible à faire en libéral en dehors d'une maison médicale »* PLO-PRO1-603/608.

iii. Maintien à domicile

Les patients multimorbides nécessitaient souvent, pour rester au domicile, un bon étayage du réseau de professionnels autour d'eux, *« il y a des problèmes de santé liés au fait que les patients soient âgés, donc cumulent les soucis de santé. Et souvent des problèmes sociaux, enfin*

voilà, ou de domicile. Pas sociaux, mais de maintien à domicile. Tout est intriqué, et ça tient parce qu'il y a ce maillage la qui se fait » LeF-PRO1-26/29.

iv. Complémentarité

La complémentarité entre les différentes professions avait été relevée par l'ensemble des professionnels. « *Euh… les kinés aussi, pas mal les kinés, parce que c'est vrai qu'on travaille beaucoup ensemble, sur une même pathologie, on voit que quand le patient est vraiment vu en même temps, avec les soins chez le kiné et avec moi en podologie on a un meilleur résultat »* BED-PRO9-L145/148.

Ils rapportaient ainsi l'importance des compétences de chacun pour une prise en charge globale des patients efficace, *« tout ce petit monde s'habitue à cette idée que l'on a besoin des compétences des autres pour faire des bilans globaux »* LAN-PRO1-725/726.

3. Précision/ compétences

i. Respect des recommandations et mises à jour

Selon les entretiens, le fait de recevoir des stagiaires encourageait les professionnels à se tenir à jour des nouvelles pratiques et recommandations, *« on reçoit beaucoup de stagiaires, c'est aussi quelque chose de très agréable, ça nous oblige à nous remettre un peu à la page, et puis d'avoir un regard sur notre activité »* LeF-PRO4-501/502.

ii. Diagnostic rapide

La présence de différents professionnels au sein d'une même structure, du fait de leur complémentarité, permettait une prise en charge plus rapide des patients « *Voilà ; Trop de choses. Pour au final, le patient a terminé dans un cabinet par hasard et voilà le problème a été réglé en une demi-heure »* LAN-PRO10-741/742.

G. Aidants reconnus/ entourage

1. Confiance des aidants dans l'équipe de soins

Le fait de travailler à plusieurs, et d'avoir le même discours sur la prise en charge notamment, rassurait les patients, mais également leurs aidants. *« C'est aussi ça, c'est de se dire, on va pouvoir discuter dans un temps, donc euh… devant le patient, on est… On a le même discours. Et ça c'est hyper rassurant pour le patient. Aussi pour le conjoint, la famille, donc euh… Oui la confiance! Très important. »* BED-PRO1-1213/1216.

2. Implication des aidants

La communication professionnels-aidants, et la prise en compte de l'avis de l'aidant principal apparaissaient comme des éléments importants dans les entretiens, *« ça a vraiment été petit à petit chez ce monsieur, c'était le passage hebdomadaire pour la préparation du pilulier, c'était la première parce que sa femme ne voulait pas plus, ouais, et puis petit à petit elle s'est rendu compte qu'elle commençait à se fatiguer »* PLO-PRO5-186/188, *« je sais que je reçois souvent des appels quand ils sont loin pour des nouvelles, enfin voilà tout ça… Et en général quand c'est ça, j'essaye de voir avec les infirmiers aussi les dernières nouvelles parce que moi je vois pas les patients toutes les semaines non plus, du coup on essaie de faire comme ça. »*PLO-PRO5-594/597.

Par ailleurs, la rôle des aidants dans le maintien à domicile avait également été relevé ; *« (vous êtes en rapport avec elle l'aidante ?) oui ouais ouais (par téléphone ?) par téléphone, c'est déjà arrivé aussi que sa fille amène la maman en consultation quand elle veut, on s'est dit qu'on essayait de la faire une à deux fois par an, elle amène sa maman en consultation (ici ?) ici ouais, ce qui est aussi confortable car on peut la peser, la prise en charge est différente quand même et puis ça permet avec sa fille de bien refaire le point et de voir, et d'ajuster justement les aides en fonction de l'évolution de la pathologie, le portage des repas on en a parlé par exemple quand elle est venue en consultation ici il y a 6 mois. »* PLO-PRO5-269/275.

3. Réassurance des aidants/soutien

Les professionnels avaient souligné la réassurance apportée par la pluridisciplinarité, *« sa fille, qui est l'aidant principal qui bon n'habite pas à côté, qui est à Vannes, je pense que ça la rassure aussi de savoir qu'on se connaît »* PLO-FG-1611/1612 ; *« ouais, oui elle m'a dit plusieurs fois dans le sens où c'est dur, qu'elle n'en peut plus, qu'elle en a marre, que...voilà, qu'elle ne sait plus quoi faire et que de toute façon, elle est un peu désemparée. Elle exprime un tout petit peu son, sa, son malaise dans sa situation actuelle. (,,,) j'essaye de, de, de la rassurer »* LOU-PRO2-293/294.

Les professionnels essayaient également de décharger les aidants de certaines responsabilités, *« Oui c'est ça. Ou à l'inverse : ""Vous avez rendez-vous jeudi avec le médecin ? Ah bah ça tombe bien parce que justement il faudrait que je voie avec le médecin avant qu'il passe vous voir, il y a eu ça" et voilà et non du coup c'est… ça fonctionne bien et ils sont contents en fait parce qu'ils peuvent avoir oublié certaines choses où nous on a aussi ce relais-là et les familles aussi euh... apprécient beaucoup le fait qu'on puisse communiquer. Ça leur fait ça de moins à faire entre guillemets mais c'est vrai que du coup ils n'ont pas besoin eux de faire le lien entre les infirmiers ou entre les kinés et le médecin. Donc pour les familles… »* BED-PRO1-779/786.

Par ailleurs, il semblait indispensable pour les professionnels de veiller à ce que les aidants ne s'épuisent pas trop, *« je lui dis de, de souffler de temps en temps, de sortir, de prendre soin d'elle...ça reste des consignes un peu générales, pour l'aider à décompresser, pour ne pas arriver dans le surmenage de l'aidant »* LOU-PRO2-L318/319.

4. Information des aidants

La communication formelle et informelle avec l'aidant était également indispensable afin de coordonner la prise en charge de patients complexes *« elles m'appellent en général pour, soit elles prennent rendez-vous directement soit elles me laissent un petit message et moi je les rappelle pour qu'on échange la dessus, et pareil moi dans l'autre sens quand je vois les patients sur consultation et que j'ai des choses enfin je leur explique des choses et que je pense qu'il faudrait recommencer à leur expliquer heu ben soit je les appelle soit je leur fais des petits courriers que les patients leurs ramènent"* » PLO-PRO5-325/329.

Par ailleurs, les aidants étaient informés des décisions prises pour le patient « *et j'en ai parlé aussi avec la famille, on est quand même les premiers interlocuteurs des familles, nous on les connaît depuis pas mal d'années donc il faut leur expliquer la situation aussi, pour moi une fin de vie c'est quelqu'un qui doit partir sans souffrir enfin et c'est une fin de vie la définition, la fin de vie c'est une fin de vie quoi, on sait où on va donc après il faut l'accompagner dans ce sens, est-ce que c'est utile de le laisser souffrir trois jours de plus donc en exposant aux familles donc je leur ai dit comment est-ce que je pensais et comment je pensais faire et ça c'est très bien passé, ils ont compris mon, ils ont compris ma logique quoi »* PLO- PRO8-138/145.

Enfin, le rôle des professionnels auprès des aidants était de les informer des aides financières qu'ils pouvaient toucher *« toucher une petite aide parce que c'est un métier à temps plein »* LAN-PRO2-L242.

IV. Discussion

A. Résultats :

L'objectif de cette étude était de produire une synthèse des entretiens réalisés dans les cinq sites étudiés, pour dégager les dimensions pertinentes du soin primaire pour les patients complexes, selon les professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles.
Nous avons pu individualiser sept dimensions, à savoir : accessibilité et accueil, disponibilité, continuité des soins, des soins coordonnés, relation professionnel/patient, offre de soins techniques, aidants reconnus. Ces sept dimensions rassemblaient quarante-trois sous catégories.
Deux grandes dimensions ont été largement étayées au cours des entretiens par l'ensemble des professionnels :

- La dimension « des soins coordonnées » dont notamment la catégorie « relations interprofessionnelles ». Cela pouvait s'expliquer, en partie, par le recrutement des professionnels en maisons de santé, qui traduisait une volonté de travail commun et collaboratif.
- La dimension « relations professionnels/patients » était également très développée par l'ensemble des professionnels. Cela semblait correspondre au changement de dogme médical, qui plaçait le patient au centre de son parcours de soins et en faisait l'acteur principal.

Les dimensions retrouvées étaient très largement entremêlées les unes aux autres, de même que les sous-catégories. En effet, certaines sous catégories ont abouti après de longues discussions, et étaient le fruit d'un choix de classement que nous avons fait.

Par ailleurs, il était intéressant de remarquer certains aspects négatifs rapportés par les professionnels, qui n'étaient à priori pas attendus. C'était notamment le cas pour les échanges qui sont « plus virtualisés », avec un manque de communication directe selon certains praticiens.
En outre, selon certains, le partage d'informations, qui tend à être de plus en plus généralisé, pouvait gêner certains patients, qui craignaient un non-respect du secret professionnel. Cela se modifiera peut-être dans les années à venir, avec une modification des habitudes des patients devant l'augmentation des soins coordonnées.
Enfin, il serait intéressant de vérifier dans les résultats des entretiens des patients si ces éléments sont retrouvés.

B. Comparaison aux données de littérature

Cette étude a permis d'extraire sept dimensions du soins primaires jugées pertinentes par les professionnels des cinq sites étudiés dans la prise en charge des patients complexes.

Selon l'étude de Wensing (23), qui avait réalisé des entretiens auprès de médecins et de patients porteurs de maladies chroniques, cinq grandes dimensions de qualité des soins étaient individualisées, à savoir :
- les soins médicotechniques et mise à jour des connaissances des médecins,

- la relation médecin-patient,
- l'information et le soutien (information sur la maladie et les traitements, soutien psychologique si nécessaire)
- l'accessibilité des soins,
- l'organisation des soins. Cette dernière catégorie comprenait notamment la continuité des soins, et l'intégration des soins avec plusieurs professionnels, qui se rapportait à l'intitulé « des soins coordonnés » de l'étude actuelle.

Ces dimensions recoupaient celles identifiées dans ce travail. Cependant, ce dernier a fait apparaitre de nouvelles dimensions, comme l'importance de la prise en compte des aidants, la disponibilité, et les relations pluriprofessionnelles.

Dans sa revue de littérature, T. Pourteau (24), avait également individualisé sept dimensions de qualité du soin, à savoir, « accessibilité » retrouvée dans cette étude, la dimension « compétences/précision », qui était corrélée à la dimension « offre de soins techniques ». Était également retrouvée la notion de « continuité des soins ». La catégorie « temps consacré » pouvait, elle, être mise en parallèle avec la dimension « disponibilité ». Enfin, les trois dernières dimensions « humanité et respect », « autonomisation du patient » et « soins centrés sur le patient » se référaient à la catégorie « relation professionnel/patient ». Le travail actuel a mis en évidence deux autres catégories « des soins coordonnés », et « aidants reconnus ». Il sera intéressant de vérifier si ces dimensions, largement explorées dans les entretiens des professionnels, notamment pour la première, seront présentes dans les entretiens des patients.

Si l'on reprend les critères de l'OCDE (25), il est constaté là encore, que les résultats de ce travail étaient concordants, mais de nouveaux éléments ont été apportés, tels que l'implication des aidants par exemple.

Il peut être pertinent de mettre en parallèle nos résultats avec les questionnaires proposés par la HAS aux patients hospitalisés. En effet, si l'on regarde le questionnaire « e-Satis + 48h MCO » (26), de nombreuses catégories étaient communes avec les résultats de cette étude. C'était notamment le cas pour la dimension « accueil ». Par ailleurs, d'autres éléments étaient retrouvés, comme l'importance de l'information des patients, la place centrale du patient dans sa prise en charge, la confidentialité et le respect du secret professionnel et enfin le soutien de l'équipe médicale et paramédicale. Tous ces critères apparaissaient dans les entretiens réalisés. A noter que certains critères, propres au système d'hospitalisation, n'apparaissaient pas dans les résultats (satisfaction concernant la chambre et les repas). Cependant, le travail actuel semblait concerner plus de dimensions du soin que ces questionnaires, notamment la coordination des soins et les soins techniques.

Selon Claire Hürlimann, assistante hospitalière universitaire du groupe hospitalier Lariboisière (27), les deux principaux critères de qualité des soins selon les professionnels de santé hospitaliers étaient les compétences techniques fondées sur l'Evidence Based Medicine, et les relations avec les patients, deux dimensions largement évoquées dans cette étude.

Dans son rapport sur l'évaluation de la performance des maisons et pôles de santé (28), J. Mousquès évoquait également des critères de « performance » du regroupement professionnel, dont certains concordaient avec ce travail. C'était particulièrement le cas pour l'accessibilité

géographique, et les hospitalisations évitables, nommées « diminution du recours au service d'urgence ».

Un autre auteur M. Roland (29), s'était intéressé au concept de qualité en médecine générale. Il avait, dans son travail, listé dix dimensions se rapportant à la qualité des soins. La plupart de ces critères étaient retrouvés dans le travail actuel.
Le premier élément commun aux deux études, à citer, était l'accessibilité. Il est pertinent de noter que cette notion apparait dans tous les travaux.
Ensuite, était décrite la notion de « globalité », intégrée dans la dimension « des soins coordonnés ». Il notait également l'importance de la continuité des soins et de la permanence des soins.
Plusieurs des critères retrouvés étaient intégrés dans le travail actuel dans la dimension « offre de soins techniques » (validité, efficacité, efficience, performance et compétence).
Il traitait, par ailleurs de la notion d'intégration, qui fait référence aux multiples facettes des soins primaires (soins curatifs, préventifs…). Dans l'étude actuelle, cet élément a été associé à la dimension « des soins coordonnés ».
Enfin les deux dernières dimensions étaient intéressantes et semblaient plus récentes.
La première était la notion de satisfaction des patients, qui étaient devenus des acteurs indispensables dans l'évaluation de la qualité des soins, élément très développé dans l'étude actuelle via la dimension « relation professionnel/patient ». La seconde était le principe de « travail en équipe », qui n'était pas détaillé dans les précédentes études, et qui était également un élément majeur dans notre étude.
Là encore, il était intéressant de constater que le rôle des aidants n'était pas noté.

Enfin, il faut remarquer que certaines catégories, comme l'élaboration des protocoles de soins, les échanges interprofessionnels, le travail collaboratif et les réunions pluridisciplinaires, largement détaillées au cours des entretiens, étaient peu retrouvées dans la littérature. Cela pouvait s'expliquer par le fait que ces éléments étaient liés au regroupement pluri-professionnel étudié dans le travail actuel.

Cette étude a donc enrichi les données déjà existantes, avec de nouveaux éléments tels que l'implication de l'aidant et d'autres caractéristiques propres au regroupement professionnel.

C. Comparaison avec les résultats des entretiens patients.

La synthèse réalisée à partir des entretiens des patients dans les cinq sites a mis en évidence neuf dimensions du soin jugées pertinentes par les patients.
Il est intéressant de noter que des similitudes ont été retrouvées avec les éléments évoqués par les professionnels. C'était notamment le cas pour les dimensions « accessibilité », « disponibilité », « soins médicotechniques », « relations avec le professionnel », « la place du patient dans les soins », « la place de l'aidant ». Cependant, malgré les dimensions qui semblaient convergentes, les sous catégories étaient plus divergentes, et n'étaient pas forcément classées de la même façon. Certaines dimensions n'ont pas été nommées de la même façon dans la synthèse des professionnels et celle des patients. C'était le cas pour la dimension « organisation des soins dans la structures » qui, du côté des professionnels a été nommée « des soins coordonnés ». En effet, du point de vu des professionnels le caractère « coordonné » des soins a été particulièrement appuyé dans les différents entretiens.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que les patients ont discuté de l'aménagement des locaux, notamment en termes de confort et d'aménagements récréatifs. Ces éléments n'ont pas été abordés par les professionnels.
Enfin, les patients s'étaient davantage questionnés sur l'organisation territoriale des soins, notamment sur la démographie médicale, sujet également peu abordé par les professionnels.
Il est donc intéressant de constater que patients et professionnels avaient finalement un grand nombre d'attentes en commun, malgré quelques caractéristiques propres à chacun.

D. Limites de l'étude

1. Validité interne

L'échantillonnage raisonné, avec une diversité de la population étudiée, tant par les professions représentées, que par les profils des différents professionnels et les sites d'exercice, avait permis de limiter le biais de sélection de cette étude.
Le biais de sélection a, par ailleurs, été réduit par l'obtention de la saturation des données sur l'ensemble des cinq sites.

En ce qui concernait l'étape de recueil de données et de codage, un biais de confusion pourrait être évoqué, du fait de l'absence de codage en double aveugle, qui apportait donc une subjectivité au travail. Pour pallier à cela, des échanges ont eu lieu entre les cinq internes responsables de cette étape et le directeur de thèse.
Par la suite, l'étude des données ayant abouti à cette synthèse a été effectuée par deux internes, ainsi qu'avec des discussions en groupe de thèse, ce qui avait permis de limiter la subjectivité du travail, et donc le biais de confusion.

Enfin, un biais d'information qui aurait pu être provoqué par un nombre disproportionné de verbatims entre les différentes dimensions du soin a été évité par le caractère qualitatif de l'étude.

2. Validité externe

La concordance des résultats avec les données de la littérature a permis de valider la qualité extrinsèque de l'étude.

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis de réaliser une synthèse des indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluri-professionnelles.

Sept dimensions du soin avaient pu être individualisées, dont certaines semblaient nouvelles par rapport aux données de la littérature. Les attentes des patients et des professionnels semblaient, pour la plupart, concorder.

A partir de l'ensemble de ces données, l'objectif final du projet QualSoPrim est d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires, pour les patients complexes, dans les structures pluri-professionnelles, intégrant le point de vue des professionnels, et des patients et de leurs aidants, et ce dans le but d'améliorer les prises en charge.

VI. BIBLIOGRAPHIE

(1) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata. Éditions de l'OMS 1978.

(2) De Pouvourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions. Rapport remis au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche 2006.

(3) Institute of Medecine. Primary Care : America's Health in a New Era. Washington, DC : National Academies Press 1996.

(4) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR ; SASX0822640L. Paris, 2009.

(5) Institut de Veille Sanitaire. L'état de santé de la population en France. 2017. Accessible à http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf (consultée le 06/01/19).

(6) Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, 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 2013;14:319–25.

(7) Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours. Questions d'économie de la santé n°201 2014 sep. Accessible à http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf (consultée le 06/01/19).

(8) Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 NOR : BCFX0766311L. Version consolidée au 07 février 2019.

(9) Article L.6323-3 du Code de Santé Publique.

(10) Loi Fourcade, 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. NOR: ETSX1107215L.

(11) Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Qu'est-ce qu'une maison de santé ? Accessible à https://www.ffmps.fr (consultée le 06/01/19).

(12)Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication No. 105 1988;82 p.

(13) Donabedian A.Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly vol.44, no.3 1966;pp.166-203.

(14) Institute of Medicine. Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century. Washington DC, National Academy Press 2001.

(15) Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. Health Care Anal 2010;18(1):60–84.

(16) Le Reste JY. PREPS. Établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluri-professionnels intégrant le point de vue des patients en situation complexe et de leurs aidants. Étude QualSoPrim. Brest : ERCR SPURBO. 2015.

(17) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.

(18) Boulanger A. Quels sont les aspects pertinents du soin primaire dans la prise en charge des patients multimorbides du point de vue des professionnels au pôle de santé de Lanmeur ? Thèse de médecine générale. Faculté de médecine. Brest. 2018.

(19) Bonnet M. Quels sont les aspects du soin pertinents du point de vue des professionnels de santé concernant la prise en charge des patients complexes en soins primaires dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle ? Thèse médecine générale. Faculté de médecine. Brest. 2018.

(20) Lebreton T. Aspects pertinents du soin primaire pour les patients et leurs aidants aux yeux des professionnels de santé exerçant en exercice coordonné. Une analyse qualitative en exercice coordonné à Bédée, Pleumeleuc et Breteil. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine. Brest. 2018.

(21) Lotout F. Quels sont les aspects du soin primaire jugés pertinents, par les professionnels de santé au sein du regroupement pluriprofessionnel de Louargat, dans la prise en charge des patients multimorbides ? Thèse de médecine générale. Faculté de médecine. Brest. 2018

(22) Le Mignot K. Identification des marqueurs de prise en charge en soins primaires des patients complexes du point de vue des professionnels exerçant dans la maison de santé de Ploërmel. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine. Brest. 2018.

(23) 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 Health Care QHC 1996;5(2):73-80.

(24) Pourteau T. Évaluation de la qualité des soins primaires par le patient dans le contexte du regroupement pluriprofessionnel : une revue de la littérature systématique et critique. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine. Brest. 2017.

(25) Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? DT19 2008 jun.

(26) Haute Autorité de Santé. E-Satis +48h MCO questionnaire. Accessible à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/e-satis_questionnaire_campagne_2015.pdf (consultée le 06/01/19).

(27) Hürlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. ADSP n°35 2001 jun.

(28) Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Les rapports de l'IRDES 2014;n °559:142.

(29) Roland M, Prevost M, Jamoulle M. L'assurance de qualité et le médecin de famille. Archives of public health 2001. Accessible à https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/173932/1/qualité%20roland-prevost-jamoulle.pdf (consultée le 06/01/19).

VII. ANNEXES

Tableau 2 : Synthèse des résultats :

CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	SOUS SOUS CATEGORIES	VERBATIM	CODE LIGNE
Accessibilité et Accueil				
	Accessibilité physique		*« ben si, parce que pour eux, si ce sont des personnes âgées ils arrivent pour se stationner, déjà ça c'est important et puis ils vont peut-être voir le même jour l'orthophoniste et le médecin quoi »*	PLO-FG-1592/1593
	Accessibilité géographique		*"L'idée c'est de mettre à moins de 10 km des patients une maison où l'on va trouver 7 ou 8 professionnels différents"*	LAN-PRO6-206/207
	Accessibilité pluri professionnelle		*« bien tout le monde est sur place donc c'est ainsi extrêmement simple »*	LAN-PRO1-795/796
	Accès au spécialiste		*« les spécialistes font aussi des permanences ici (…) c'est un bien pour tout le monde, ça coûte moins cher à la sécu et le trajet est plus court »*	LeF-PRO13-525/529
	Accueil physique		*« les moyens de se financer des secrétaires sur place »*	LAN-PRO2-264
	Accessibilité financière		*« voir une psychologue ou une diététicienne ça peut être un peu compliqué justement parce que c'est pas remboursé »*	LOU-PRO3-L383/384
	Consultation conjointe		*« des rendez-vous médecin/infirmiers »*	LAN-PRO8-154/155
	Structure adaptée		*« le bâtiment est conçu pour d'ailleurs, il est conçu pour avoir des angles pour éviter d'avoir un long couloir qui fait hôpital, où on voit d'un bout à l'autre tout ce qui se passe, non, non c'est plus, on a estimé que c'était plus heu, heu plus respectueux et ça faisait plus petit d'avoir cette organisation »*	PLO-PRO3-L1041/1045
Disponibilité				
	Gestion de l'urgence			
		Place du secrétariat	*« beaucoup de demandes pour des rendez-vous qui pour eux sont urgent et pour le médecin ne l'est pas. Tout ce qui est papier administratif, les demandes de prêts c'est sûr que c'est urgent pour le patient hein. »*	LeF-PRO5-140/142
		Créneaux d'urgence	*"des plages remplies que le jour même, qui sont débloquées le jour même, pour pouvoir accueillir ce qui n'est pas programmable »*	LOU-PRO1-L239/240
		Suppléance	*« c'est à dire on compte vraiment les uns sur les autres et les patients savent que s'il y a une urgence il y aura toujours l'un de nous quatre qui verra, tant pis si ce n'est pas le médecin »*	LeF-PRO1-161/163
		Permanence téléphonique médicale	*« en cas d'urgence de midi à 14 h et de 18 à 20h le soir un médecin du cabinet est joignable sur tel numéro et donc si c'est vraiment urgent, les gens appellent ce portable et c'est un des quatre*	LeF-PRO5-485/488

			médecins qui répond. Il y a un tour de rôle pour le portable. »	
	Consultation sur rendez-vous			
		Ponctualité	*« les gens s'ils viennent sur rendez-vous c'est pour qu'ils soient pris à peu près à l'heure »*	LOU-PRO2-L651/653
		Diminution du temps d'attente	*« attendre 3 h dans une pièce avec tous les malades »*	LeF-PRO1-757/760.
		Modifications des habitudes des patients	*« ça a été compliqué, et ils nous en veulent pour ça, je pense »*	LeF-PRO8-178/180
			« c'était sans rendez-vous avec mon prédécesseur donc y'avait un peu d'attente, ils se sont rendus compte que quand y'avait rendez-vous ils attendent pas trois heures avec des gens qui toussent partout, qui vomissent enfin c'est quand même plus confortable pour eux »	PLO-PRO5-533/536
	Rapidité de prise en charge		*« eux sont quand même contents parce que quand ils rentrent ben si moi c'est complet ben je veux dire je dois avoir un collègue qui peut en urgence ben ils sont contents d'être pris »*	PLO-PRO8-601/603
	Flexibilité/ adaptabilité			
		Temps de consultation	*« Quand on sait à l'avance qu'il y a des patients qui sont un peu fragiles, et qu'on sent un peu au téléphone, si elle nous dit « ça ne va pas, il y a quelque chose », on met une demi-heure »*	LAN-PRO12-375/376
		Disponibilité	*« là on a un monsieur qui est en train de mourir donc c'est clair que...qu'ils peuvent très bien nous appeler à 21H »*	LOU-PRO10-L810/811
	Soins à domicile		*« visites incompressibles, des gens qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons de santé »*	LOU-PRO1-L169/170
Continuité des soins				
	Partage d'informations			
		Dossier médical informatisé	*« il savait que le dossier était là, et qu'il y avait un dossier partagé et qu'on pouvait continuer, qu'il n'avait pas à réexpliquer leurs histoires, leurs problèmes… »*	LAN-PRO2-282/285
			« ça serait bien que tous les soignants de la structure utilisent l'outil informatique »	LAN-PRO2-485/486
			« ça peut mettre ce qu'on appelle un effet pygmalion négatif, focalisé sur les choses négatives »	PLO-FG-1022/1023
		Cahiers de transmissions	*« le dossier de soin à domicile c'est vraiment quelque chose qui va nous servir tous les jours en fait. Et tout le monde en avait besoin. »*	LAN-PRO10-648/649
		Messagerie sécurisée pour les échanges extérieurs	*« Oui Clozapine, voilà. Donc c'est vrai on a mis en place et depuis qu'on est là avec la messagerie sécurisée en fait le labo nous envoie le rapport ben avec une réactivité importante en fait le*	BED-PRO8-L110/116

			rapport avec la prise de sang c'est un médicament qu'on peut délivrer »	
		Secrétariat	*« l'autre jour P était en vacances, j'avais besoin de communiquer sur un patient qu'il allait voir avant que moi je ne revienne, je lui ai laissé un mot, par la secrétaire »*	LOU-PRO3-759/761
	Permanence des soins			
		Médecins remplaçants	*« Alors sur les deux jours où je suis pas là, il y a un jour où j'ai un remplaçant fixe qui est chez moi tous les vendredis, il est chez son associé tous les jeudis et il fait en plus toutes nos vacances. Donc c'est pareil, il a une grande amplitude de travail, il est… c'est un interne aussi SASPAS qui est resté et ça fait trois ans qu'il est là, voilà, il passe sa thèse dans 2 ou 3 mois, enfin il fait partie des murs quoi, déjà les patients le connaissent très bien, ça c'est le vendredi pour moi ; et le mardi qui est mon jour de fac, là c'est les internes SASPAS, qui viennent ce jour-là. »*	PLO-PRO3-107/113
		Gardes	*« le samedi on est ouvert de 8h à midi. Avec 1 médecin de garde sûr. Et on peut faire appel à un deuxième si vraiment ça déborde »*	LEF-PRO5-L517/518
<u>Des soins coordonnés</u>				
	Travail collaboratif			
		Structure de travail commune	*« on a beaucoup plus de discussions que si on est tout seul dans son cabinet et du coup je pense quand même que ça améliore la prise en charge du patient, enfin j'espère quoi. Parce qu'on est quand même plus à l'écoute. »*	LeF-PRO3-868/87
		Conséquences pour le patient	« *Et après cette dame-là était très attentive, d'accord pour tout. On voyait qu'elle était contente justement qu'on se parle. A chaque fois elle me demandait si j'avais téléphoné au médecin et je pense que les gens attendent ça aussi."* LAN-PRO10-358/361 ; *"la majorité écrasante de la population (en dehors des pervers), ils sont ravis d'avoir des soins coordonnés »*	LAN-PRO1-776/777
	Homogénéité du discours		*« Ils se rendent compte qu'on a des discours cohérents que l'on discute entre nous, parce que on le voit, ils le disent « ah oui je sais vous avez vu l'infirmière » ils disent son prénom « elle m'a dit que vous lui avez dit ça ». Ils se rendent compte que on parle d'eux et je crois qu'ils en sont très contents. »*	LeF-PRO1-405/408
	Protocoles de soin		*« Donc on voulait qu'il y ait ce dossier de suivi pour éviter au médecin à chaque fois de réouvrir et de refaire le pansement et que le patient souffre »*	LeF-PRO7-1045/1046
			« AK : Mais ça c'est pour ne pas avoir besoin d'appeler le médecin ? PRO9 : Voilà, et c'est comme pour le diabète c'est pareil, on a certains protocoles aussi par rapport au... pour les rapides ou des choses... voilà, on sait que quand	LeF-PRO9-720/723

		il y a tant et tant eh ben on peut augmenter ou diminuer l'insuline. »	
		« Et là on est parti sur 1 an de mise en place, d'essayer de trouver la meilleure solution pour le patient en travail coordonné avec les infirmiers, les podos, les kinés pour essayer de trouver une solution et de trouver quelque chose pour soulager la famille et le patient, et pour que les médecins ou les infirmiers n'aient pas un petit peu ce poids, parce que c'est super dur à encaisser. Surtout selon les patients »	LeF-PRO7-1055/1059
Amélioration de la prévention primaire		*« un taux de suivi de réalisation de frottis de dépistage chez les femmes qui est quand même vachement bon »*	LOU-PRO1-L194/195
	Appuis extérieurs	*« et puis l'ARS, il y avait une personne de l'ARS qui nous soutenait, qui nous aidait à mettre en place ce genre de chose »*	BED-PRO8-564/577
	Vigilance collective	*« mais régulièrement moi j'ai les infirmières qui me disent « ce patient là ca ne va plus, est ce que tu peux me refaire l'ordonnance ? Il faut qu'on passe maintenant faire ça en plus. Parce que on se rend compte que ça se dégrade ». Ce n'est pas de la surconsommation de soins, connaissant nos collègues, ce n'est vraiment pas dans cet esprit là, mais c'est au contraire de l'anticipation de soucis »*	LeF-PRO1-400/404
	Anticipation	*« Ce qu'on va anticiper ça va être la mise en place des soins »*	LEF-PRO11-L761
Simplification du parcours de soins		*« Après pour les femmes je leur explique que si… voilà, on fait du suivi de… gynéco, suivi de grossesse tous, moi ou mes collègues ici, qu'il y a aussi une sage-femme si elles ont envie de… d'avoir recours à une sage-femme juste à côté qui fait aussi tout ça et qui a pas forcément besoin pour un suivi de grossesse d'aller tous les mois à l'hôpital qui est à 20 mn de route, enfin la maternité »*	BED-PRO13-L678/682
Réunions pluridisciplinaires		*« Euh… en fait avec les infirmiers assez vite on a mis en place une réunion, […]une fois par mois, de 14 à 15h, le lundi, puisque le lundi c'est le jour où on est toutes les deux avec B. pour faire le point des patients qu'on a en commun »*	BED-PRO12-L269/273
	Prise en charge globale du patient	*« on découvre des choses puisque chacun à des brides de l'histoire des patients ; on n'a pas les mêmes brides, et de pouvoir discuter c'est … Parce que voilà, on ne suit pas une maladie mais on suit un patient avec une maladie dans son histoire de vie. Et c'est important de connaitre l'histoire de vie, même les liens familiaux entre les gens »*	LeF-PRO4-613/616
	Remise en question des prises en charge	*« je pense que d'échanger, de partager dessus, ça m'a permis de, peut-être d'envisager autrement le suivi »*	LEF-PRO2-L355/356

		Échanges sur les difficultés rencontrées	*« ça nous a fait du bien de tous partager nos expériences »*	LAN-PRO5-1797-1798
	Rôle des secrétaires		*« j'ai eu tout à l'heure un échange avec l'infirmière, c'est pour donner l'état de santé des patients, pour dire que, voilà il y a une plaie qui se dégrade ou il y a un traitement qui ne marche pas »*	LAN-PRO12-585/587
	Orientation pertinente du patient dans son parcours de soins		*« Avant de travailler dans les mêmes locaux, je savais pas trop quelles étaient leurs spécialités à chacune ni quelle était leur… j'avais pas trop les retours des gens. Alors que maintenant ça y est, on en a un peu plus donc on peut dire là allez voir plutôt X ou Y »*	PLO-PRO3-423/426
	Relations interprofessionnelles			
		Ambiance saine	*« entre praticiens c'est bien de se connaître. On a confiance les uns aux autres donc on se protège tous plus ou moins ensemble. »*	LAN-PRO10-925/927
			« *On a une super qualité de travail en fait dans la maison de santé. Mais aussi, parce qu'on l'on se voit régulièrement, parce qu'il y a une bonne ambiance, parce qu'on … La structure fait aussi que l'on attire beaucoup je pense de remplaçants, de stagiaires, de choses comme ça et donc, oui, on a une qualité de vie qui est clairement, une qualité de travail qui est très bonne oui. »*	LeF-PRO2-1259/1263
			« je m'étais dis heu non je ne retravaillerai probablement pas avec une équipe médicale avec les médecins, bon alors voilà, c'était des professeurs, c'était difficile de se faire sa place en tant que jeune psychologue donc je suis arrivée dans la maison médicale en me disant bon comment ca va se passer avec les médecins ? et bon ouais avec leur formation, la médecine générale ça n'a rien à voir, enfin très très bien accueillie et j'ai trouvé ma place très rapidement. »	PLO-PRO1-211/216
			« *il y a de la détente chez le thérapeute, et donc ça c'est ce que pourra ressentir un patient, le bien-être des thérapeutes s'ils sont justement dans une maison de santé. »*	LeF-PRO10-379/380
		Communication facilitée	*« Frapper à la porte du collègue, c'est parfois plus rapide et plus constructif que d'envoyer un mail »*	LeF-FG-807/808
			« Il y a les 2 oui, il y a là (en montrant l'icône sur l'ordinateur) donc on se cause comme ça. Et puis sinon on les appelle en ligne directe. »	LAN-PRO12-326/327
			« EL : Et d'un autre coté on ne rentre plus facilement en relation, heureusement qu'on se croise, lors des réunions notamment. Parce que sinon on ne se connaitrait peu... Vous voyez il y a un côté impersonnel je trouve »	LAN-PRO5-1506/1507
		Stimulation interprofessionnelle	*« elle m'a appris des choses que je ne savais pas justement par rapport à des traitements et tout ça ou même... et moi par contre je lui ai dit des choses, par exemple sur le PICC-Line qu'elle savait*	LeF-PRO9-235/238.

			pas, des choses comme ça, ben voilà c'est bien d'échanger, à ce moment-là on découvre beaucoup de choses. »	
			« j'ai découvert l'hypnose en étant avec mes collègues, c'était pas très à la mode quand j'étais interne heu et dans ma fac y'en avait pas du tout. »	PLO-PRO5-600/602
			« l'année dernière avait lancé un groupe de travail sur la grossesse physio, sur la grossesse en fait dans l'idée qu'on se mette tous ici dans le pôle, qu'on puisse se dire chacun à tous les moments de la grossesse, quand est ce qu'on envoie les femmes, et quel parcours on peut leur faire ici »	LAN-PRO9-347/350
		Soutien/Entraide	*« Et puis je crois qu'il y a un esprit de solidarité aussi qui est important, parce que là justement il y avait, il y a eu des fois où on sentait, il y a eu des personnes qui étaient en difficulté par rapport bah aux charges et tout ça. On a essayé de trouver des solutions ensembles, pour maintenir la cohésion en fait, que ça puisse marcher. Et donc là ça a quand même resserré les liens, voilà on sent qu'il y a une équipe quand même, voilà esprit, voilà fraternité un peu, voilà, bon c'est un grand mot mais je trouve que c'est assez réel quand même »*	LeF-PRO6-578/583
		Réassurance	*« ça me plaisait l'idée que l'on soit dans un espace ensemble en termes de sécurité »*	LAN-PRO7-95/96
Relation professionnelle-patient				
	Relation de confiance		*« Mais il y a peut-être plus de confiance du coup?... (...) C'est ce qui ressort le plus oui. Je pense qu'ils sont en confiance parce qu'on travaille ensemble donc euh… du coup c'est plus serein »*	BED-PRO1-L1206/1209
	Temps d'écoute		*« elle m'a raconté sa vie en une demi-heure, qu'elle a perdu 2 petits enfants alors que je ne lui avis rien demandé, c'est venu comme ça et ça lui a fait du bien je pense. Elle est partie de là elle était contente »*	LOU-PRO8-438/440
	Secret professionnel		*« On a une affiche en salle d'attente en fait disant qu'il y a un dossier médical partagé. Entre les infirmiers, la podologue et les médecins. Et puis initialement la psychiatre mais qui a quitté la structure. Et donc effectivement, c'est noté et que si ils veulent que ce ne soit pas partagé, ils le précisent. »*	LeF-PRO2-293/296
			« J'ai un exemple d'un patient qui est passé ce matin ou hier et qui, par contre, osait pas me parler d'un problème qu'il avait eu avec son médecin parce qu'il disait « Ben il est d'ici donc… », comme si forcément j'allais répéter, alors je lui dis bien Non »	LAN-PRO11-619/621

	Prise en charge centrée sur le patient		*« c'est eux les patrons »*	LOU-PRO10-L68
	Patient acteur de sa santé/ Éducation thérapeutique		*« leur permettre de trouver par eux même des outils pour améliorer leur prise en charge, ou leurs soins, qu'ils fassent plus attention à eux. »*	LeF-PRO4-363/364
	Information du patient		*« Mais je sais qu'ils ont beaucoup de question sur le pôle, ils ont beaucoup de questions par exemple il nous demande si on ne connaît pas une sage-femme, c'est tout simple voilà. Ou ils nous parlent de leur problème, on dit « oui mais faut aller voir à la porte d'à côté, en bas » »*	LAN-PRO10-793/796
	Choix du professionnel de santé		*« Je trouve fondamental de laisser la liberté au patient de choisir »*	LOU-PRO6-134
			« L'autre petit frein c'est pour ceux qui veulent changer de médecin, c'est peut-être compliqué (c'est-à-dire ?). Ça passe plus, ils veulent aller voir un autre médecin et pour eux c'est peut-être un frein d'aller voir un autre médecin dû à la maison médicale, parce que là pour le coup on va le croiser (ouais donc des fuites de patients, des pertes ?). Oui c'est pareil, moi ça me dérange pas mais lui il peut se demander qu'est-ce qu'il va penser de moi s'il me voit dans la salle d'attente d'à côté, en général quand il change c'est que la relation elle est un peu compliquée aussi, pour l'un comme pour l'autre c'est peut-être mieux que ça change »	PLO-PRO6-L523/529
	Approche de communication différente		*. « C'était peut-être d'en parler différemment, après si le patient il ne veut pas, … voilà juste d'en reparler régulièrement peut être et de lui présenter un peu les avantages. Ou ce qu'on en attend. »*	LeF-PRO2-845/846
	Rôle du secrétariat		*« prennent les messages, elles mettent les mots »*	LeF-PRO1-766/767
	Structure connue et commune rassurante pour le patient		*« ah c'est dans le même bureau que la diététicienne, ah c'est dans la maison de santé, ah oui je connais bien, je connais bien. Il y a peut-être quelque chose de rassurant quoi plutôt que la psycho qui est cachée au fond des bois. »*	LOU-PRO11-L680/683
	Structure impersonnelle		*« même si les gens disent qu'avant c'était peut-être plus familial puisque forcément il n'y avait que moi et un autre donc, là ça devient plus anonyme quand ils rentrent ici »*	PLO-PRO8-599/601
	Échange d'informations : ressenti du patient		*« Je pense que ça les rassure de savoir qu'on se parle tous ensemble, qu'on se parle tous. C'est vrai qu'ils n'ont pas besoin eux de se préoccuper, d'aller dire au médecin »*	LAN-PRO10-863/865
			« j'ai un exemple d'un patient qui est passé ce matin ou hier et qui, par contre, osait pas me parler d'un problème qu'il avait eu avec son médecin parce qu'il disait « Ben il est d'ici donc… », comme si forcément j'allais répéter, alors je lui dis bien Non »	LAN-PRO11-619/621
Offre de soins techniques				

	Diversité de l'offre de soin		*« ça peut être avec les orthopédistes, avec les ORL, moi ça m'est arrivé de demander des avis. Ils viennent »*	LeF-PRO1-450/453
	Efficacité			
		Diminution du recours au service d'urgences	*« On a eu un petit monsieur qui était venu me voir, un petit papi d'ici qui avait fait une chute à vélo alors il y a eu… plus voir les infirmiers parce que c'est un pansement on est bien d'accord il était tombé donc il vient ici: "ralala il faut des points là, c'est pas pour moi" bon du coup voilà; ah toc toc : "tu veux pas voir? j'ai un patient là, est-ce qu'on l'envoie aux urgences? Est-ce que tu peux faire quelque chose ?"Voilà. Ça peut être ça »*	BED-PRO1-L926/931
		Ressources matérielles pour la gestion de l'urgence	*« Donc ça c'est des ressources, c'est sûr qu'en cabinet isolé, tous les cabinets que j'avais faits auparavant, bon il y aurait eu massage, mais il n'y aurait pas eu toute cette technologie déjà. Nous on a des bouteilles d'oxygène, on a kits d'urgence, défibrillateur, tout ça, donc ça c'est quand même un... ça, ça s'est fait très vite »*	LeF-PRO10-137/140
		Maintien à domicile	*, « il y a des problèmes de santé liés au fait que les patients soient âgés, donc cumulent les soucis de santé. Et souvent des problèmes sociaux, enfin voilà, ou de domicile. Pas sociaux, mais de maintien à domicile. Tout est intriqué, et ça tient parce qu'il y a ce maillage la qui se fait »*	LeF-PRO1-26/29
		Complémentarité	*« tout ce petit monde s'habitue à cette idée que l'on a besoin des compétences des autres pour faire des bilans globaux »*	LAN-PRO1-725/726
	Précision/ Compétences			
		Respect des recommandations	*« on reçoit beaucoup de stagiaires, c'est aussi quelque chose de très agréable, ça nous oblige à nous remettre un peu à la page, et puis d'avoir un regard sur notre activité »*	LeF-PRO4-501/502
		Diagnostic rapide	*« Voilà ; Trop de choses. Pour au final, le patient a terminé dans un cabinet par hasard et voilà le problème a été réglé en une demi-heure »*	LAN-PRO10-741/742
Aidants reconnus / Entourage				
	Confiance des aidants dans l'équipe médicale		*« C'est aussi ça, c'est de se dire, on va pouvoir discuter dans un temps, donc euh… devant le patient, on est… On a le même discours. Et ça c'est hyper rassurant pour le patient. Aussi pour le conjoint, la famille, donc euh… Oui la confiance! Très important. »*	BED-PRO1-1213/1216
	Implication des aidants		*« ça a vraiment été petit à petit chez ce monsieur, c'était le passage hebdomadaire pour la préparation du pilulier, c'était la première parce que sa femme ne voulait pas plus, ouais, et puis petit à petit elle s'est rendu compte qu'elle commençait à se fatiguer »*	PLO-PRO5-186/188
			« (vous êtes en rapport avec elle l'aidante ?) oui ouais ouais (par téléphone ?) par téléphone, c'est déjà arrivé aussi que sa fille amène la	PLO-PRO5-269/275

			maman en consultation quand elle veut, on s'est dit qu'on essayait de la faire une à deux fois par an, elle amène sa maman en consultation (ici ?) ici ouais, ce qui est aussi confortable car on peut la peser, la prise en charge est différente quand même et puis ça permet avec sa fille de bien refaire le point et de voir, et d'ajuster justement les aides en fonction de l'évolution de la pathologie, le portage des repas on en a parlé par exemple quand elle est venue en consultation ici il y a 6 mois. »	
			« sa fille, qui est l'aidant principal qui bon n'habite pas à côté, qui est à Vannes, je pense que ça la rassure aussi de savoir qu'on se connaît » PLO-FG-1611/1612 ; *« ouais, oui elle m'a dit plusieurs fois dans le sens où c'est dur, qu'elle n'en peut plus, qu'elle en a marre, que...voilà, qu'elle ne sait plus quoi faire et que de toute façon, elle est un peu désemparée. Elle exprime un tout petit peu son, sa, son malaise dans sa situation actuelle. (,,,) j'essaye de, de, de la rassurer »*	LOU-PRO2-293/294
	Réassurance/ soutien des aidants		*« Oui c'est ça. Ou à l'inverse : ""Vous avez rendez-vous jeudi avec le médecin ? Ah bah ça tombe bien parce que justement il faudrait que je voie avec le médecin avant qu'il passe vous voir, il y a eu ça" et voilà et non du coup c'est… ça fonctionne bien et ils sont contents en fait parce qu'ils peuvent avoir oublié certaines choses où nous on a aussi ce relais-là et les familles aussi euh... apprécient beaucoup le fait qu'on puisse communiquer. Ça leur fait ça de moins à faire entre guillemets mais c'est vrai que du coup ils n'ont pas besoin eux de faire le lien entre les infirmiers ou entre les kinés et le médecin. Donc pour les familles… »*	BED-PRO1-779/786
			« je lui dis de, de souffler de temps en temps, de sortir, de prendre soin d'elle...ça reste des consignes un peu générales, pour l'aider à décompresser, pour ne pas arriver dans le surmenage de l'aidant »	LOU-PRO2-L318/319
	Information des aidants		*« et j'en ai parlé aussi avec la famille, on est quand même les premiers interlocuteurs des familles, nous on les connaît depuis pas mal d'années donc il faut leur expliquer la situation aussi, pour moi une fin de vie c'est quelqu'un qui doit partir sans souffrir enfin et c'est une fin de vie la définition, la fin de vie c'est une fin de vie quoi, on sait où on va donc après il faut l'accompagner dans ce sens, est-ce que c'est utile de le laisser souffrir trois jours de plus donc en exposant aux familles donc je leur ai dit comment est-ce que je pensais et comment je pensais faire et ça c'est très bien passé, ils ont compris mon, ils ont compris ma logique quoi »*	PLO-PRO8-138/145

			« toucher une petite aide parce que c'est un métier à temps plein »	LAN-PRO2-L242

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

IMPRIME 4 – AUTORISATION D'IMPRIMER

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame SEI Margaux
Inscrite en DES de Médecine générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles : analyse qualitative secondaire sur cinq sites et comparaison aux données de littérature.

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 15 mars 2019.

Le président du jury de thèse

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

C. BERTHOU

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

SEI (Margaux) - Indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles : synthèse et comparaison avec des données de la littérature.

Thèse médecine générale. Brest. 2019

RESUME :

Introduction :

Le regroupement pluri-professionnel autour d'un projet de soins était en plein essor, et semblait répondre à plusieurs problématiques actuelles : le vieillissement de la population et la multimorbidité, l'attrait des professionnels pour le travail en groupe ainsi que la question de la démographie médicale.

Par ailleurs, le changement de dogme médical a placé le patient au centre de sa prise en charge. Ainsi, l'évaluation de la qualité des soins primaires dans les maisons et pôles de santé, intégrant le point de vue des patients et de leurs aidants, est apparu comme un enjeu majeur.

Méthodes :

Une étude qualitative secondaire à partir d'entretiens semi-dirigés menés dans cinq sites de Bretagne auprès de professionnels de maisons de santé a été effectuée par un binôme d'interne. A partir des résultats de ces entretiens, une synthèse exhaustive des éléments pertinents concernant la qualité des soins primaires pour des patients multimorbides, du point de vue de ces professionnels a été réalisée.

Résultats :

Sept dimensions du soin, considérées comme pertinentes par les professionnels de santé ont été retrouvées : accueil et accessibilité, disponibilité, continuité des soins, des soins coordonnés, relation professionnel/patient, offre de soins techniques, aidants reconnus.

Discussion :

Les résultats trouvés semblaient concordants avec les données de la littérature mais également avec les résultats de l'analyse des entretiens réalisés auprès des patients. Par la suite, l'objectif final de l'étude QualSoPrim sera de réaliser une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires des patients multimorbides dans les maisons de santé pluri-professionnelles, intégrant le point de vue des professionnels mais également celui des patients et de leurs aidants, afin d'en améliorer les pratiques.

MOTS CLES :

Soins primaires / Qualité des soins / Maisons de santé / Patients multimorbides

JURY :

Président	Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves
Membres du jury	Mr le Docteur DERRIENNIC Jérémy
	Mr le Docteur NABBE Patrice
	Mme la Professeure LE BORGNE-UGUEN Françoise
	Mr DANY Antoine

DATE DE SOUTENANCE : 4 Avril 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR : /