

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>

Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ?

Nicolas Krucien^a, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury (Cermes-Prospere^b)

D'importantes évolutions sont à l'œuvre en termes d'offre de soins primaires, notamment en médecine générale. Celles-ci sont dues à différents facteurs dont : les changements démographiques de la profession et les réformes organisationnelles, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ainsi que l'évolution des attentes des usagers. Loin d'être spécifiques à la France, ces évolutions s'inscrivent dans un contexte international qui accorde une attention croissante au point de vue des usagers dans l'organisation du système de santé.

A partir d'une méthode qualitative d'analyse (Delphi classant), il s'agit ici d'étudier, du point de vue des usagers, les transformations actuelles de l'offre de soins en médecine générale (médecin traitant, regroupement, continuité des soins, etc.) en identifiant leurs préoccupations majeures.

Les résultats montrent que les principales préoccupations des usagers de médecine générale sont la relation entre le médecin et le patient et, plus particulièrement, l'échange d'information. Ils accordent également une importance élevée à la qualité clinique (minuterie de l'examen, actes de prévention et d'éducation à la santé...) et à la coordination des soins par le généraliste valorisant son rôle d'« aiguilleur » dans le système de santé. En revanche, les aspects relevant des caractéristiques du médecin (sexe, âge) ou décrivant la structure médicale dans laquelle il exerce (structure pluri-professionnelle et pluridisciplinaire ou mono-disciplinaire) retiennent peu leur attention.

En France, l'offre de soins primaires, et notamment la médecine générale, connaît des évolutions importantes liées aux changements démographiques de la profession et à l'adoption de réformes organisationnelles.

Après un fort accroissement sur la période 1980-2000, le nombre de médecins généralistes libéraux s'est globalement stabilisé et baissera en volume et plus encore en densité jusqu'en 2020. Cette évolution des effectifs en volume s'accompagne d'inégalités de répartition géographiques des

médecins généralistes, avec des densités médicales variant du simple au double selon les départements (ONDPS, 2008). Cette situation risque de s'aggraver dans les années à venir sous l'effet du vieillissement démographique et de l'augmentation des cessations d'activité.

La demande de soins primaires a également évolué sous les effets conjugués du vieillissement de la population, de l'évolution des attentes des usagers, et de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques. Au 31 décembre

2008, 8,3 millions de personnes présentaient au moins une des 30 affections de longue durée reconnues par l'Assurance maladie (15 % des assurés au régime général), contre 6,5 millions d'individus au 31 octobre 2004 (12 % des assurés au régime général) [Païta et Weill, 2009]. Depuis, chaque année, le nombre de nouveaux bénéficiaires augmente en moyenne de 300 000 nouveaux individus. Ces évo-

^a Auteur référent : krucien@vjf.cnrs.fr

^b Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours.

lutions de la demande de soins se traduisent par de nouveaux besoins, notamment en termes de coordination, d'information ou encore d'éducation à la santé. Ces transformations de la demande de soins primaires ont un impact sur la pratique de la médecine générale.

La part des patients âgés de plus de 60 ans, le nombre de patients présentant au moins une affection de longue durée (ALD), ou encore le nombre de patients présentant plusieurs problèmes de santé dans la patientèle (Aulagnier *et al.*, 2007) influencent la durée moyenne de consultation, qui est globalement de 16 minutes (Le Fur *et al.*, 2009).

Face à ces différentes évolutions de l'offre et de la demande de soins primaires, plusieurs réponses professionnelles ont été apportées, avec notamment le développement de l'exercice salarié/mixte, et de la pratique collective. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler

en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009 (Baudier *et al.*, 2010). Parallèlement, le rôle attribué au médecin généraliste au sein du système de santé a été modifié par l'adoption de réformes sur l'organisation des soins primaires.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie a ainsi instauré le dispositif du « médecin traitant » visant à favoriser la coordination et la qualité des soins. Fin 2008, 85 % des assurés au régime général ont déclaré un médecin traitant qui, dans la plupart des situations, correspondait à un médecin généraliste libéral (Cnamts, 2009). Cette mission de coordination des soins a été réaffirmée dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, qui définit le médecin généraliste comme un acteur pivot des soins de premiers recours.

Ces évolutions ne sont pas spécifiques à la France. Elles s'inscrivent dans un contexte international accordant une attention

REPÈRES

Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme de recherche de l'équipe Prospère¹ (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours) sur les évolutions actuelles du secteur des soins de premiers recours. Elle constitue la première étape d'une thèse de santé publique (option économie) sur l'évolution du point de vue des usagers face aux transformations de l'offre de soins en médecine générale. Ce travail a donné lieu à un article à paraître dans *Health Expectations* : Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N., "Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method".

¹ www.irdes.fr/Prospere

croissante au point de vue des usagers dans l'organisation du système de santé. L'objectif de cette étude est d'analyser, du point de vue des usagers, les transformations actuelles de l'offre de soins primaires (regroupement, médecin traitant, *etc.*), en identifiant leurs principales préoccupations.

MÉTHODE

La méthode Delphi « classant »

La méthode Delphi appartient à la famille des méthodes de consensus (groupe de parole, jury de citoyens). Depuis ses premières utilisations dans les années 1950, elle a fait l'objet d'adaptations donnant lieu à des variantes, dont l'approche Delphi « classant » (*ranking-type*). Un des principes fondateurs de la méthode Delphi est de mettre en interaction les répondants de façon indirecte, à l'aide de questionnaires anonymes comparant la réponse d'un individu à celle de l'ensemble des répondants (*Position de groupe*). L'individu peut alors décider de maintenir sa réponse ou de la modifier pour converger vers celle du groupe. Dans le cadre du Delphi « classant », cette démarche est adaptée de façon à établir l'importance que les individus accordent à différents items.

Dans cette étude, chaque tour d'enquête poursuit un objectif particulier.

- Le **premier tour** effectue un tri dans l'ensemble des items utilisés pour décrire l'offre de soins en médecine générale. Les répondants sont questionnés sur l'importance qu'ils accordent à chacun des 40 items, à partir d'une échelle de notation en 9 points avec 3 démarcations (*Aucune importance – Importance moyenne – Très forte importance*).
- Le **deuxième tour** identifie les aspects du soin auxquels les usagers accordent la plus grande importance. Dans ce but, les répondants sélectionnent 5 aspects qu'ils considèrent comme les plus importants parmi les 14 proposés.
- Le **troisième tour** d'enquête classe les aspects par ordre d'importance, afin d'identifier un éventuel ordre de priorité. Les répondants classent par ordre d'importance les 7 aspects identifiés comme étant de la plus haute importance au tour précédent. Ils peuvent placer plusieurs aspects au même niveau d'importance (possibilité d'*ex-æquo*) pour éviter l'obtention d'un classement « forcé ». Il s'agit d'un « tour de classement ».

Ce processus itératif repose sur des « règles de décision » qui permettent de réduire progressivement le nombre d'aspects utilisés dans l'analyse.

- **Passage du premier au deuxième tour d'enquête.** Les 14 aspects sélectionnés satisfont une règle de décision, « *Etre important* » (Au moins 75 % des notations doivent appartenir à l'intervalle [7-9] de l'échelle). Ces seuils ont été choisis conformément à la littérature internationale qui considère généralement l'intervalle [4-6] de l'échelle de notation comme étant une zone d'indétermination.
- **Passage du deuxième au troisième tour d'enquête.** Les 7 aspects sélectionnés satisfont une règle de décision, « *Etre le plus important* » (Etre sélectionné par au moins 33 % des répondants).

La méthode utilisée pour recueillir l'opinion des usagers de médecine générale

Dans la recherche sur les systèmes de santé, le point de vue des usagers a été étudié à l'aide de différentes approches, les plus courantes étant les études de satisfactions et, dans une moindre mesure, les techniques d'enquête qualitatives (entretiens, groupes de parole). Ces méthodes utilisent toutes deux une description du soin en différents aspects couvrant plusieurs dimensions (accessibilité, relation médecin-patient, continuité, qualité clinique). Pour identifier les préoccupations des usagers concernant l'offre de soins primaires, nous avons utilisé une approche hybride appartenant à la famille des méthodes qualitatives, la méthode « Delphi Classant » (Keeney *et al.*, 2001) [encadré Méthode]. Cette méthode permet à la fois de disposer d'une mesure quantitative du point de vue des usagers et de mettre en confrontation indirecte les réponses pour consolider les résultats. Elle a été présentée comme une approche adaptée pour étudier l'opinion des usagers (Ryan *et al.*, 2001).

T1

Liste des 40 aspects du soin de médecine générale par dimension

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

Source: Enquête sur les attentes des usagers de médecine générale, 2009.

Dans cette étude, les participants sont des usagers de médecine générale recrutés en population générale à l'aide d'une méthode de sélection raisonnée, la méthode dite « boule de neige ». Elle consiste à recruter les participants en fonction de « profils » définis par des caractéristiques sociodémographiques. Sa principale spécificité est que les personnes recrutées peuvent à leur tour devenir recruteurs jusqu'à obtention des quotas par profil. Cette démarche a pour but de sélectionner des personnes avec des points de vue potentiellement très divers et permet d'éviter la formation de cliques.

La sélection des participants a été réalisée à l'aide de 8 « profils d'usagers » définis par 3 caractéristiques sociodémographiques (âge: moins de 55 ans *versus* 55 ans ou plus; sexe: homme *versus* femme; lieu de résidence: zone rurale *versus* zone urbaine¹). Ces caractéristiques ont été retenues en priorité car elles montrent dans la littérature un effet consistant sur le point de vue des usagers, qu'il soit exprimé en termes de satisfaction ou d'attentes. L'objectif de cet échantillonnage est d'obtenir un ensemble d'individus avec des points de vue potentiellement très divers sur le thème étudié pour enrichir

le processus de confrontation indirecte des réponses. La taille de l'échantillon a été définie de façon à obtenir au final un minimum de 50 répondants et à maintenir à chaque tour d'enquête une diversité des profils. Sur la base d'un taux anticipé de non-réponse et d'arrêt de participation de 20 % entre chaque tour, 80 participants ont été recrutés de mai à juin 2009. Ils ont alors été interrogés sur une description de l'offre de soins primaires en 40 aspects sélectionnés à partir d'une revue de littérature, d'une étude pilote et de discussions en groupe de travail (tableau 1). Pour limiter les effets de présentation sur les réponses des participants, les questions ont été présentées aléatoirement dans les différents questionnaires, et la démarche Delphi a été limitée à trois tours d'enquête afin d'éviter une convergence forcée des réponses.

Un panel d'usagers diversifié

A travers les différents tours d'enquête, l'échantillon des répondants est resté globalement stable en termes d'âge, de sexe et de zone de résidence, assurant ainsi une représentation diversifiée des points de vue des usagers sur le soin en médecine générale (tableau 2). La diminution progressive du nombre de répondants pendant les différents tours d'enquête est due principalement à un renvoi tardif des réponses, qui n'ont alors pas pu être prises en compte dans l'élaboration des questionnaires successifs. Au premier tour d'enquête (N = 74), 11 % des répondants déclarent avoir au moins 1 des 30 affections de longue durée reconnues par l'Assurance maladie, 93 % ont un médecin

T2

Evolution de l'échantillon de répondants pendant l'enquête

	Tour n°1	Tour n°2	Tour n°3
Effectif	N=74	N=70	N=65
Taux de réponse	92,5 %	94,6 %	92,9 %
Femmes	55,0 %	57,0 %	58,0 %
Moins de 55 ans	54,0 %	53,0 %	54,0 %
Zone rurale	43,0 %	41,0 %	40,0 %

Source: Enquête sur les attentes des usagers de médecine générale, 2009.

¹ La classification des participants en zone urbaine ou rurale a été réalisée à partir des codes postaux des communes de résidence et de la typologie retenue par l'Insee.

traitant, 27 % se déclarent être en « Très bonne ou Excellente » santé, contre 48 % en « Bonne » santé et 25 % avec une santé perçue comme « Satisfaisante ». Pour 38 % des répondants, le médecin généraliste exerce en « Cabinet individuel » contre 58 % en « Cabinet de groupe composé uniquement de médecins généralistes ».

Les usagers accordent une grande importance à la relation médecin-patient et, en particulier, à l'échange d'informations

Les réponses au premier tour d'enquête font apparaître un ensemble de 14 aspects satisfaisant la règle de décision n° 1 (Au moins 75 % des notations situées dans l'intervalle [7-9] de l'échelle de notation). [encadré Méthode] Ces aspects, dont le niveau élevé d'importance fait consensus auprès des usagers, décrivent essentiellement la relation médecin-patient (8 aspects parmi les 14 appartiennent à cette dimension) [tableau 3]. Ce résultat est confirmé lors des deuxième et troisième tours d'enquête. Parmi les 7 aspects du soin en médecine générale composant le cœur du point de vue des usagers, 5 appartiennent à la relation médecin-patient (Obtention d'informations sur le problème de santé - Le médecin connaît l'histoire médicale du patient - Le médecin écoute le patient - La clarté des explications - Obtention d'informations sur le traitement). Plus précisément, l'« obtention d'informations sur le problème de santé » semble constituer la principale priorité pour près de 80 % des usagers.

Une étude réalisée auprès de 3 540 patients dans différents pays européens donne des résultats globalement similaires (Grol *et*

al., 1999). À partir d'une description du soin de médecine générale en 40 aspects, les patients sont interrogés sur l'importance qu'ils accordent à chacun des aspects, un classement par ordre de priorité est alors réalisé. Parmi les 5 aspects en tête du classement, 3 désignent l'échange d'informations entre le médecin et le patient (Pendant la consultation, le médecin doit avoir suffisamment de temps pour écouter, parler et donner des explications au patient - Le médecin doit garantir la confidentialité des informations concernant le patient - Le médecin doit expliquer au patient tout ce qu'il veut savoir sur sa maladie). Ces résultats concordent avec la figure du patient qui souhaite jouer un rôle plus actif au sein de la relation médecin-patient, partager la décision médicale, comprendre son état de santé et gagner en autonomie. De plus en plus d'usagers multiplient leurs sources d'informations médicales, le médecin reste le principal pourvoyeur d'informations pour 50 % des usagers (David & Gall, 2008).

L'augmentation de la part des personnes souffrant de maladies chroniques dans les patientèles des médecins généralistes appelle également à une redéfinition des modes de communication entre le médecin et le patient, qui peut alors être perçu comme un « coproducteur » de santé (Wensing *et al.*, 1998). Ces préoccupations des usagers pour l'échange d'informations sont concernées par la réforme du 4 mars 2002 sur les droits du patient et la qualité du système de santé, qui a introduit une obligation d'information des patients. Cependant, le suivi de sa mise en application reste insuffisant et la plupart des initiatives visant à améliorer l'information du patient ont été développées au niveau hospitalier. Concernant l'offre de soins primaires, l'existence d'une relation

durable entre le médecin et son patient semble constituer un pré requis à l'instauration d'une relation de confiance permettant l'échange d'informations.

La qualité clinique « perçue » compose également le cœur du point de vue des usagers pour le soin en médecine générale

Les résultats de cette étude montrent que les usagers accordent une importance élevée à la « minutie de l'examen clinique », à la « réalisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé », ainsi qu'à la capacité du médecin à « répondre aux conséquences physiques du problème de santé » (douleurs - gênes). Ce résultat fait l'objet d'un large débat dans la littérature internationale concernant la capacité des patients à pouvoir évaluer la qualité clinique/médicale de leurs soins. Les études de satisfaction montrent globalement une faible sensibilité du point de vue des usagers aux variations de la qualité clinique du soin. Cependant, ce résultat a été critiqué, en raison d'insuffisances de la description du soin ou encore de l'inadéquation de l'approche retenue (enquête de satisfaction). En faisant ressortir des aspects de la qualité clinique « perçue » comme préoccupations majeures des usagers pour le soin de médecine générale, notre étude montre que la relation médecin-patient n'est pas suffisante pour assurer un soin de qualité du point de vue des usagers. Une étude réalisée auprès de 160 patients au Royaume-Uni (Cape, 2002) montre que la durée « perçue » de consultation influence de façon relativement importante leur point de vue. La durée des séances en soin de médecine générale est principalement déterminée par les caractéristiques des patients et le contexte clinique (motif de recours). Dès lors, un accroissement de la part des patients atteints de maladies chroniques ou présentant plusieurs problèmes de santé dans les patientèles des médecins généralistes nécessite une réorganisation de la pratique (limitation des durées de consultation, allongement des temps d'attente, réduction des visites à domicile). Ces évolutions peuvent alors être perçues négativement par les patients en termes de qualité du soin en médecine générale.

T3

Score moyen d'importance par dimension du soin de médecine générale

Dimension du soin	Nombre d'aspects	Score moyen	Ecart-type	Médiane
Relation médecin-patient	9	7,83	0,88	8,05
Qualité clinique « perçue »	8	6,75	1,32	6,66
Organisation du soin	11	6,96	0,50	6,73
Caractéristiques de la structure et du médecin	12	4,97	1,75	5,38

Source : Enquête sur les attentes des usagers de médecine générale, 2009.

La coordination des soins émerge aussi comme une préoccupation des usagers

À travers les différents tours d'enquête, la coordination des soins par les médecins généralistes est désignée comme un des aspects les plus importants. Les usagers valorisent le rôle du médecin généraliste comme « aiguilleur » dans le système de santé. Récemment, la coordination a fait l'objet d'une attention particulière avec les réformes 2004 et 2009 qui ont respectivement instauré le principe de parcours de soins coordonnés et de médecin traitant, et qui ont réaffirmé le rôle du médecin généraliste comme acteur central dans la prise en charge du patient au sein du système de santé. L'étude de David & Gall (2008) montre une acceptation croissante de ce dispositif de coordination depuis sa mise en œuvre, et près de 75 % des personnes interrogées estiment que cela a un impact positif sur la qualité des soins. Cependant, pour que le médecin généraliste soit effectivement perçu comme une aide dans l'orientation du patient, et non pas comme un « acteur restreignant l'accès aux soins secondaires » (*rationer*) [Grumbach *et al.*, 1999], il semble nécessaire de compléter le dispositif du médecin traitant par des initiatives visant notamment à améliorer la coopération interprofessionnelle.

Une faible attention accordée aux caractéristiques du médecin et à l'organisation interne de la structure médicale

Parmi les 6 aspects du soin en médecine générale pouvant être considérés comme sans importance pour les usagers, 5 décrivent la structure médicale (structure pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire, structure mono-disciplinaire) ou le médecin (sexe, âge). Ce résultat questionne l'évolution actuelle de la pratique de médecine générale vers l'exercice de groupe, qui a fréquemment été présenté comme un moyen de maintenir une offre de soins de proximité. Le regroupement des professionnels de santé répond à deux motivations principales : d'une part, la mise en commun de moyens et de coûts

POUR EN SAVOIR PLUS

- Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. (2007). « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 610.
- Baker R, Streatfield J. (1995). "What Type of General Practice Do Patients Prefer? Exploration of Practice Characteristics Influencing Patient Satisfaction". *Br J Gen Pract.* Dec;45(401):654-9.
- Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 ». Irdes, *Questions d'Economie de la Santé*, n° 157.
- Cape J. (2002). "Consultation Length, Patient-Estimated Consultation Length, and Satisfaction with the Consultation". *Br J Gen Pract.* Dec;52(485):1004-6.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. (2001). Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *British Journal of General Practice* n°51. 6p.
- David M, Gall B. (2008). « L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007 ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 651.
- Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. (2003). Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus groups. *La revue du praticien.* Tome 17. N°611. 4p.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. (1999). "Patients' Priorities with Respect to General Practice Care: an International Comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)". *Fam Pract.* Feb;16(1):4-11.
- Grumbach K, Selby J, Damberg C *et al.* (1999). Resolving the Gatekeeper Conundrum: What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. *JAMA.* 82(3). 5p.
- Keeney S, Hasson F, McKenna HP. (2001). A Critical Review of the Delphi Technique as a Research Methodology for". *Nursing International Journal of Nursing* 38, 195-200.
- Rapport annuel 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1: La médecine générale. 171 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf
- Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, van Teijlingen ER, Russell EM, Napper M, Robb CM. (2001). Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technology Assessment* Vol. 5: No. 5. 191 p. <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon505.pdf>
- Païta M, Weill A. (2009). « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 ». *Points de repère.* Cnamts. n° 27. 12 p.
- Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. (2008). Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expectations* Volume 11, Issue 4. 6p.

permettant aux médecins généralistes de procéder à une réorganisation de leur activité médicale pour une meilleure maîtrise de leur temps de travail et, d'autre part, l'adoption d'un projet collectif d'exercice médical visant à redéfinir le mode de prise en charge du patient, en développant notamment des liens de coopération entre les différents professionnels de santé intervenant dans sa prise en charge (répartition des tâches, etc.) [ONDPS, 2008]. Même si les usagers ne semblent pas accorder d'importance à la forme d'exercice du médecin généraliste, celle-ci peut avoir des conséquences majeures sur d'autres aspects du soin de médecine générale primordiaux pour les patients. Il est donc difficile d'anticiper l'effet du regroupement des professionnels de santé dans des structures collectives sur la satisfaction des patients (maison de santé pluridisciplinaire, cabinet de groupe, centre de santé). Cela dépend en effet étroitement des objectifs poursuivis par ces associations et de leur capacité à maintenir une relation médecin-patient de qualité. Au plan international, des études mettent en avant un effet consistant de

la taille de la structure médicale (approchée par le nombre de médecins en exercice ou la taille de la patientèle) sur la perception des patients de la qualité du soin. Dans leur étude auprès de 220 patients au Royaume-Uni, Baker & Streatfield (1995) montrent qu'un accroissement de la taille de la patientèle est associé à une diminution du niveau de continuité et d'accessibilité des soins pour les patients. De même, dans une étude auprès de 7247 patients en Angleterre, Campbell *et al.* (2001) montrent que les patients considèrent la continuité des soins meilleure dans les structures de plus petite taille. Au niveau européen, ce résultat est confirmé par l'étude de Wensing *et al.*, (2008) selon laquelle les évaluations des usagers de la qualité des structures médicales se dégraderaient lorsque le nombre de médecins en exercice s'accroît.

* * *

Le point de vue des usagers a fait l'objet d'une attention croissante depuis

trente ans. La satisfaction du patient constitue effectivement un double objectif, d'une part « clinique », du fait des relations entre satisfaction et observance thérapeutique et, d'autre part « politique », la participation des usagers à l'organisation du système de santé étant de plus en plus avancée comme une condition de l'acceptabilité des réformes.

L'évaluation du point de vue du patient constitue donc un élément central de la démarche qualité en soin de médecine générale (Dedienne *et al.*, 2003). Notre étude montre que la relation médecin-patient, et plus particulièrement l'échange

d'informations, occupe une place prépondérante dans les préoccupations des usagers et incite à repenser la consultation de médecine générale sous cet angle. Ces « nouvelles » attentes des usagers ont été reconnues par la World Organization of Family Doctors (WONCA) qui inclut dans sa définition de la pratique de médecine générale « l'approche centrée sur la personne » et la « personnalisation de la consultation » à travers une relation médecin-patient privilégiée. Les évolutions actuelles de l'offre de soins primaires (développement de l'exercice collectif, exercice salarié/mixte, concentration en zones urbaines, limitation du temps de

travail) s'inscrivent dans une évolution sociologique générale qui touche également la qualité de vie des médecins généralistes. Même si cette étude montre que, globalement, les évolutions en cours de la médecine générale concordent avec les préoccupations des usagers, l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques pose de nouvelles contraintes en termes notamment d'information du patient, de continuité et de coordination des soins. A ce titre, les attentes des usagers pourraient être utilisées à part entière comme critères d'évaluation de la performance des soins primaires. ♦

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ 10, rue Vauvenargues 75018 Paris www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 • Email: publications@irdes.fr •
IRDES Directeur de la publication: Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique: Anne Evans • Relecteur: Clément Nestrigue •
 Correctrice: Martine Broïdo • Maquettistes: Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault • Diffusion: Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •
 Abonnement annuel: 60 € • Prix du numéro: 6 € • ISSN: 1283-4769.

Abonnez-vous

à Questions d'économie de la santé

Le mensuel de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Publication mensuelle et synthétique, d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

À paraître :

- Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine
- Conditions de travail, santé et récompense au travail des seniors
- Composition et implantation des centres de santé (Étude Epidaure)
- Patientèle des centres de santé (Étude Epidaure)...

Abonnement pour un an 60 €

Modes de paiement :

- par chèque à l'ordre de l'Irdes
- par virement
- par carte bancaire

Carte n° : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Date d'expiration : |_|_|_|_| Cryptogramme : |_|_|_|_|

Signature :

Vos coordonnées :

Organisme :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Courriel :

À retourner à :

Irdes - Service abonnement 10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Courriel : publications@irdes.fr - Tél. : 01 53 93 43 17 - Fax : 01 53 93 43 07