

Titre : Le point de vue de l'utilisateur sur les attributs de qualité de l'offre de soins en médecine générale : application de la méthode Delphi.

Nicolas Krucien¹, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury

Avec le soutien du groupe de recherche PROSPERE

(<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Projets/Prospere/index.htm>)

A. Contexte et problématique

En France, l'offre de soins de médecine générale tend à se raréfier avec une réduction du temps médical global disponible (numerus clausus, phénomènes de féminisation, de spécialisation, de concentration spatiale et de remise en question du rôle traditionnel du médecin). A l'inverse, la demande de soins connaît un développement important du fait principalement du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de maladies chroniques. Ces évolutions en sens opposé de l'offre et de la demande de soins génèrent des tensions au sein du système de soins ambulatoires qui remettent en question dans certaines zones géographiques rurales et périurbaines les principes de proximité, de disponibilité et d'accès aux soins (ONDPS, 2008).

Cette situation de tension n'est pas spécifique au cas français, la médecine de soins de premiers recours, et tout particulièrement la médecine générale, connaît aussi des problèmes d'adéquation entre l'offre et la demande de soins dans d'autres pays d'Europe et aux Etats-Unis. Dans ces pays, notamment au Royaume-Uni, des réformes ont été mise en œuvre depuis de nombreuses années, en accordant une place importante à la réorganisation de l'offre (changements organisationnels, des pratiques professionnelles et des modes de rémunération des professionnels de santé) (EOHSP, 2006).

C'est aussi le cas en France. Avec la loi d'août 2004 relative à l'assurance maladie, instaurant les principes de médecin traitant et de parcours de soins coordonnés, et plus récemment avec le projet de loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire et la création des Agences Régionales de Santé. En même temps, les modes d'exercice médical changent. Les arbitrages (temps de travail-revenus/loisirs) des jeunes médecins diffèrent de leurs aînés (Dormont et al, 2009). De nombreux médecins font le choix d'exercer en cabinet de groupe (Audric, 2004). D'autres choisissent d'être salariés ou libéraux dans des structures médicales (maison et centre de santé) qui regroupent des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. On s'éloigne progressivement du modèle traditionnel du médecin libéral, exerçant seul dans son cabinet.

Mais qu'en est-il des conséquences de ces changements organisationnels en termes de qualité des soins? Dans un contexte sanitaire marqué par la raréfaction des ressources, à côté de l'efficacité, et de l'équité d'accès aux soins, la qualité des soins constitue de plus en plus un enjeu majeur pour les différents acteurs (financeurs, professionnels de santé et usagers).

Plus spécifiquement, le point de vue des usagers² a fait l'objet d'une attention croissante depuis les années 1960 avec le développement des études de satisfaction et des programmes de suivi de la

¹ KRUCIEN Nicolas, krucien@vjf.cnrs.fr, Tel: 01 49 58 35 41, CERMES, CNRS UMR 8169 - Inserm U750
7 rue Guy Môquet 94 801 Villejuif Cedex

qualité des soins en milieu hospitalier. Des études récentes (Gerard et al, 2004, 2006, 2008) (Cheraghi-Sohi et al, 2008) (Turner et al, 2007) (Scott et al, 2003) ont essayé d'identifier les préférences des usagers en médecine ambulatoire et hospitalière pour les caractéristiques du soin³. Théoriquement, il est supposé qu'une offre de soins répondant aux préférences des patients permet une amélioration de leur perception de la qualité des soins (qualité perçue) et de leur satisfaction (Choi et al, 2004) (De Ruyter et al, 1998). D'autres études ont montré qu'une amélioration du point de vue du patient peut avoir des conséquences positives très diverses, que se soit en termes de résultats de santé, les patients « satisfaits » ont davantage tendance à respecter/suivre les recommandations et actions thérapeutiques (*compliance*) ce qui conditionne les résultats de santé (Brody et al, 1989) (Wensing et al, 1998). En termes de consommation de ressources médicales, les patients « insatisfaits » ont davantage tendance à changer fréquemment de professionnels de santé et à multiplier leurs contacts avec l'offre de soins (*doctor-shopping*) (Brody et al, 1989). En termes d'aide à la décision publique, l'élaboration des réformes du système de santé en prenant en compte le point de vue des usagers semble être une condition importante de leur acceptabilité sociale (Campbell et al, 2004) (Kersnik, 2001). En termes d'incitation à l'amélioration de la qualité des soins, il est supposé que les patients peuvent instaurer une concurrence « par la qualité » entre les professionnels de santé, à condition de recevoir une information sur l'offre de soins correspondant à leurs critères de jugement.

Certaines études remettent en question la validité des jugements de qualité effectués par les patients (Like et al, 1987) (Harting et al, 2006) (Williams, 1994), en raison notamment des difficultés de prise en compte des aspects techniques du soin et du statut parfois « passif » du patient dans la relation médicale (absence d'approche critique du soin). Cependant, la littérature internationale considère globalement le patient comme une source d'informations unique et spécifique sur la qualité de soins, en présentant par exemple un point de vue différent de celui des professionnels de santé (Grol & al, 1999) (Jung & al, 1997). En tant que mesure de la qualité des soins, le point de vue du patient a été montré comme pouvant être plus sensible aux variations de qualité que d'autres mesures cliniques tel que le taux de mortalité ajusté (Haddad et al, 2000), notamment lorsque des dimensions non cliniques du soin sont prises en compte.

La problématique générale de cette étude est de comprendre de quelle manière la demande de soins en médecine générale s'adapte aux évolutions de l'offre dont on fait l'hypothèse qu'elle peut être décrite par ses attributs ? Pour cela, nous interrogerons des « experts », en l'occurrence des usagers du système de soins, sur l'importance qu'ils accordent aux différents attributs de qualité de l'offre de soins de médecine générale. Cette étude a pour objectif final, via l'utilisation de la méthode Delphi, d'identifier les attributs du soin de médecine générale les plus importants et de les hiérarchiser du point de vue des usagers. Cette priorisation des attributs les plus importants est supposée décrire le contenu et la structure du point de vue des usagers pour la qualité perçue des soins de médecine générale, et constituer une première étape dans l'identification des problèmes de qualité des soins (Jung et al, 2000) (Ross et al, 1993).

Cette étude est structurée en trois sections. Dans la 1^{ère} section seront présentées, la méthode Delphi et son application, la construction de l'échantillon d'enquête (panel d'experts), et la conceptualisation du soin de médecine générale. La 2^{ème} section présentera le déroulement de

² Le terme « usager » désigne à la fois les patients, qui correspondent aux individus recourant effectivement au système de soins, et les citoyens, qui correspondent aux individus étant susceptibles de recourir au système de soins.

³ Dans le cadre de cette étude, le soin sera défini de façon large afin de désigner à la fois les caractéristiques du contact médical (durée de la consultation, etc.), du professionnel de santé (attention du médecin, etc.) et de la structure médicale (propreté, etc.).

l'enquête et ses résultats. La 3^{ème} section permettra de comparer les résultats de cette étude à la littérature internationale et de les replacer dans un contexte plus global de réorganisation de l'offre de soins de premiers recours.

B. Matériels et méthodes

1 Présentation de la méthode Delphi

La méthode Delphi appartient à la famille des méthodes de consensus, qui comprend entre autre la méthode du groupe nominal (nominal group technique, NGT) et celle du groupe de parole (focus group). Elle a été développée par la RAND Corporation aux Etats-Unis dans les années 1950 avec pour objectif initial de synthétiser le point de vue d'un groupe d'experts sous la forme d'un consensus. Elle a été définie comme une « technique de structuration d'un processus de communication au sein d'un groupe d'individus » (Linstone & al, 2002) ou encore comme une « technique de recherche ayant pour but d'obtenir une opinion de groupe fiable en utilisant un groupe d'experts » (Landeta, 2006).

La méthode Delphi est une approche utilisée pour obtenir un consensus dans un panel d'experts, à travers une série de tours dans lesquels l'information est transmise aux experts via des questionnaires anonymes (Keeney & al, 2001). Les principales caractéristiques de cette méthode sont l'anonymat, le suivi contrôlé, la réponse statistique de groupe, l'expertise et le processus itératif (Keeney & al, 2001) (Rowe & al, 1991).

L'anonymat des experts est réalisé via la diffusion de questionnaires permettant d'éviter une rencontre directe (face-à-face) entre les experts. Cela est supposé limiter les effets psychologiques inhérents aux interactions sociales directes (pression de groupe, inhibition, etc.), et ainsi favoriser un meilleur échange d'idées entre les participants (De Vos & al, 2006).

Le **processus itératif** prend la forme de questionnaires distribués successivement lors de différentes phases appelées tours. La réalisation de chaque tour est conditionnelle à celle du tour précédent, car la sélection/exclusion des items composant les questionnaires est effectuée à partir de « critères d'arrêt » ou « règles de décision ».

Le **suivi contrôlé** consiste à informer chaque expert des opinions/réponses des autres experts sous la forme de statistiques synthétisant la **réponse de groupe** (moyenne, médiane, etc.) et, de façon complémentaire, à l'aide d'éléments qualitatifs (justifications, commentaires, etc.).

La **notion d'expert** fait référence au(x) profil(s) des individus à recruter et conditionne fortement la nature et validité des résultats obtenus (Campbell & al, 1999) (Campbell & al, 2004). Généralement, un expert est défini comme quelqu'un disposant de connaissances relatives au sujet étudié et pouvant représenter le point de vue de ses semblables (Mertens & al, 2004) (Hasson & al, 2000). En santé, le niveau de « connaissance » d'un individu peut dans certains cas être assimilé à son niveau « d'expérience », notamment lorsqu'il s'agit de patients (Efstathiou & al, 2008). Il n'existe pas de méthodes formelles pour établir la taille du panel. En pratique, celle-ci dépend davantage du sujet de l'étude et de la diversité des opinions à représenter. Ainsi, une revue non systématique des études Delphi récentes en santé (N=17) montre que la taille moyenne du panel est de 102 individus avec une forte dispersion (SD= 89.2 ; Min=15 ; Max=305 ; Médiane=77).

La méthode Delphi n'est pas soumise à une contrainte de représentativité de la population cible (Okoli & al, 2004) (Keeney & al, 2001), mais elle doit respecter une contrainte de diversité des points de vue représentés dans le panel. En remplacement des méthodes d'échantillonnage aléatoires, la

sélection des experts est effectuée à l'aide de techniques d'échantillonnage non probabilistes (échantillonnage sur critère ou échantillonnage raisonné) (Hasson & al, 2000), qui consistent à déterminer a priori des profils d'experts en fonction de certains critères/variables, puis à les utiliser pour définir la structure du panel (nombre de groupes, nombre d'experts par groupe, etc.).

2 Application de la méthode Delphi

Cette étude est basée sur une variante de la méthode Delphi initiale, appelée Delphi « classant » (*ranking-type*) (Okoli & al, 2004). Cette approche consiste à demander aux experts de classer les items en fonction de leur importance pendant plusieurs tours. Pour aider les experts dans cette démarche de classement, il est parfois utilisé un tour de notation (*rating*) des items par importance (Mertens & al, 2004).

2.1. Elaboration des questionnaires

Le nombre d'études identifiant les attributs de soins primaires étant relativement abondant, il a été décidé de développer le 1^{er} questionnaire d'enquête à partir d'une revue de littérature permettant de recenser les attributs de qualité de l'offre de soins en médecine générale (Starfield, 1992) (Flocke et al, 2002). Une première liste de 57 attributs de qualité a été identifiée, puis discutée au sein du groupe de recherche PROSPERE. Une étude pilote a été réalisée auprès de 20 individus, afin de tester différentes formulations des items. Au final, une liste de 40 attributs a été arrêtée pour élaborer le 1^{er} questionnaire.

La formulation des items⁴ a été choisie de façon à limiter les biais d'acquiescence (tendance à être d'accord avec un item indépendamment de son contenu) et d'opposition (tendance à être en désaccord avec un item indépendamment de son contenu) (Ware et al, 1983). Il est aussi demandé aux experts de ne pas répondre aux questions en envisageant une situation clinique spécifique, mais au contraire de répondre à partir de leur expérience globale de soins. Cette « consigne de globalité » a pour but de limiter l'influence du motif de recours aux soins et du souvenir de la dernière consultation sur les réponses.

L'objectif de ce 1^{er} questionnaire est d'identifier l'importance que les experts accordent aux différents aspects du soin de médecine générale sans imposer une contrainte d'évaluation relative (détermination de l'importance d'un aspect par rapport aux autres). Pour cela, il est demandé aux experts d'évaluer chaque item sur une échelle d'importance comprenant 9 modalités et 3 démarcations (1 : « aucune importance », 5 : « moyenne importance » et 9 : « très grande importance »). Les experts disposent aussi de la possibilité d'indiquer de nouveaux items à étudier et de faire des commentaires sur ceux contenus dans le questionnaire. Sur la base des réponses obtenues seront sélectionnés les items « consensuels » (avoir 80% de ses réponses dans un même tertile [1-3], [4-6] ou [7-9]) et « importants » (avoir une médiane supérieure ou égale à 8) pour élaborer le 2^{ème} questionnaire.

Le 2^{ème} questionnaire est personnalisé, il contient pour chaque item, la réponse de l'expert au 1^{er} tour (note d'importance) et la position de sa réponse par rapport à celle de groupe (réponse moyenne du panel). L'objectif de ce 2^{ème} tour est d'identifier les attributs « centraux » du point de vue de l'utilisateur en obligeant les experts à ne retenir qu'un nombre limité d'aspects parmi ceux identifiées comme étant d'une grande importance. Pour cela, il est demandé aux experts de

⁴ Les items ont été transformés en questions suivant la structure: « De façon générale, quelle importance accordez-vous à [item] ? ».

sélectionner 5 items qu'ils considèrent comme étant les « plus importants ». Comme précédemment, la règle de décision utilisée pour sélectionner les items est « être désignés par au moins 1/3 des experts comme étant parmi les plus importants ».

Le 3^{ème} questionnaire est utilisé dans un dernier tour d'enquête durant lequel il sera demandé aux experts de classer les items par ordre d'importance, en leur laissant la possibilité de désigner plusieurs items au même niveau d'importance. Ce 3^{ème} tour est aussi utilisé pour diffuser un questionnaire interrogeant les experts sur l'enquête (intérêt, difficulté, compréhension, remarque).

Pour éviter un éventuel biais de réponse lié à l'ordre de présentation des items/questions, l'élaboration des 1^{er} et 3^{ème} questionnaires est réalisé aléatoirement.

2.2. Construction du panel d'experts et recrutement

Le panel d'experts est réalisé à partir d'une procédure d'échantillonnage « raisonné » (*purposive sampling*) fondée sur des « profils d'experts » définis à l'aide de 4 caractéristiques sociodémographiques (âge ; sexe ; zone de résidence ; niveau d'étude). L'âge (moins de 55 ans ; 55 ans ou plus) et le sexe ont été retenus en raison de leur effet sur le point de vue des patients. La zone de résidence⁵ (urbaine ; rurale) et le niveau d'étude (inférieur au BAC ou diplôme de niveau équivalent ; supérieur au BAC ou diplôme de niveau équivalent) ont été retenus afin de rendre compte des spécificités liées à certaines situations géographiques et/ou sociales. Etant donné le nombre de caractéristiques et de modalités, 16 profils peuvent être définis.

Le recrutement des experts est effectué selon la méthode « boule de neige » (*snowballing*) consistant à identifier dans le réseau de contacts proches, les personnes répondant aux profils, puis si nécessaire à solliciter ces personnes pour qu'elles recrutent à leur tour les profils manquants. Cette méthode présente l'avantage d'éviter la formation de « clique » et de biais de sélection en raison d'une décentralisation progressive du recrutement. Il a été décidé de recruter 4 experts par profil, soit un total de 64 participants.

Pour étudier un éventuel effet de la structure médicale sur le point de vue des usagers, 32 experts additionnels ont été recrutés directement en maison de santé (N=16) et en centre de santé (N=16), qui constituent 2 profils additionnels. Ces experts ont été recrutés lors de leur arrivée en salle d'attente et de façon consécutive jusqu'à obtention des quotas. Le panel d'experts « désiré » est donc composé de 96 individus répartis sur 18 profils.

Lorsque les experts potentiels (candidats) ont été contactés, il leur a été expliqué l'objectif de l'étude et son fonctionnement. Si le candidat confirmait sa volonté de participation, alors un questionnaire lui était remis en mains propres ou envoyé par voie postale, accompagné d'une lettre d'information expliquant les principaux points de l'étude et de la méthode. Pour le renvoi des questionnaires après remplissage, des enveloppes « T » ont également été transmises aux experts.

Compte tenu du principe d'anonymat, l'étude a été construite de façon à ce que l'identité des experts ne soit pas connue de la personne en charge du traitement des données. Pour cela, un système de codage des questionnaires a été mis en œuvre permettant d'associer à chaque expert un numéro, l'association des deux restant connue uniquement de la personne ayant effectué le recrutement de l'expert.

2.3. Traitement des données

⁵ Cf définition INSEE

La qualité des réponses sera analysée en utilisant un **indicateur de fiabilité** (*reliability*) correspondant au taux d'hétérogénéité des profils composant le panel d'experts aux différentes tours (= nombre de profils différentes / nombre total de profils (N=18)) et au taux de réponse à chaque tour. En pratique, un taux de réponse minimal de 70% à chaque tour est recommandé pour conserver des résultats de qualité (Hasson & al, 2000). Un **indicateur de validité de contenu** (*content validity*) basé sur les questions de « difficulté perçue de l'enquête »⁶ et « d'intérêt de la thématique étudiée »⁷ du point de vue des experts (questionnaire n°3). La validité de contenu (*content validity*) est supposée lorsque les participants sont intéressés par le sujet étudié et disposent de connaissances à ce sujet. Un **indicateur d'utilisation des instruments de mesure** basé sur les questions de « compréhension des informations »⁸ et « d'intérêt de la démarche d'enquête »⁹ (questionnaire n°3), ainsi que sur une analyse de la distribution des notations au 1^{er} tour. Un **indicateur de stabilité des réponses** consistant à analyser si les items sélectionnés au 2^{ème} tour comme étant les « plus importants » ont reçu au 1^{er} tour les notations d'importance parmi les plus élevées. La **validité externe** des résultats sera vérifiée par comparaison à d'autres études de la littérature internationale.

L'analyse des données consiste essentiellement en des calculs de scores moyens (tour n°1), de fréquences (tour n°2 et n°3) et de classements (tour n°3), qui seront comparés en fonction des principales caractéristiques individuelles des experts (âge, sexe, zone de résidence, niveau d'étude).

C. Résultats

1/ Taille du panel

La taille du panel est mesurée par le taux de réponse des experts aux différents questionnaires. Le taux de réponse au 1^{er} questionnaire est d'environ 97% avec l'obtention de 93 réponses au lieu de 96 attendues initialement. Ce taux de réponse relativement élevé masque une importante disparité de participation entre les experts recrutés via la méthode « boule de neige » et ceux recrutés directement en centre et maison de santé, qui présentent un taux de réponse proche de 40%. Globalement, la taille du panel d'experts diminue pendant le déroulement de l'étude, avec une nette diminution (- 15) des experts représentant les cabinets libéraux (cabinet individuel et cabinet de groupe) et une quasi-disparition des experts représentant les structures alternatives de soins alternatives (centre et maison de santé). Le panel final est composé de 67 experts, soit 69.8% de la taille espérée en début d'étude (cf tableau 1).

⁶ Question : « Selon vous quel était le niveau de difficulté globale de cette étude ? » - Echelle de réponse de type Likert comprenant 5 modalités (très facile, facile, moyen, difficile, très difficile).

⁷ Question : « Le thème de cette étude (point de vue des usagers concernant les aspects du soin de médecine générale auxquels ils accordent de l'importance) est intéressant » - Echelle de réponse de type Likert comprenant 6 modalités (très fort accord, fort accord, accord, désaccord, fort désaccord, très fort désaccord).

⁸ Question : « Les informations transmises lors des différentes étapes étaient faciles à comprendre » - Echelle de réponse de type Likert comprenant 6 modalités (très fort accord, fort accord, accord, désaccord, fort désaccord, très fort désaccord).

⁹ Question : « La démarche adoptée pour réaliser cette étude est intéressante » - Echelle de réponse de type Likert comprenant 6 modalités (très fort accord, fort accord, accord, désaccord, fort désaccord, très fort désaccord).

Tableau 1: Evolution de la taille du panel d'experts			
	Attendu	Réalisé	Tx de réponse
Tour/Questionnaire n°1			
Nombre d'experts	96	93	96.90%
<i>en cabinet individuel et groupe</i>	64	80	125%
<i>en centre et maison de santé</i>	32	13	40.60%
Tour/Questionnaire n°2			
Nombre d'experts	93	76	81.70%
<i>en cabinet individuel et groupe</i>	80	72	90%
<i>en centre et maison de santé</i>	13	4	30.70%
Tour/Questionnaire n°3			
Nombre d'experts	76	67	88.20%
<i>en cabinet individuel et groupe</i>	72	65	90.30%
<i>en centre et maison de santé</i>	4	2	50%

2/ Qualité du panel

L'évolution de la taille du panel a aussi des répercussions sur sa composition en termes de « profils de recrutement ». La composition initiale du panel (cf tableau 2) montre une distorsion de sa structure en faveur des femmes âgées de moins de 55 ans et vivant en zone urbaine. La sur représentation de certains profils dans le panel masque le manque d'experts dans d'autres profils, notamment les hommes de plus de 55 ans vivant en zone rurale.

Tableau 1: Composition initiale du panel d'experts (N=93)	
1. Caractéristiques sociodémographiques	
Homme	40.80%
Moins de 55 ans	59.10%
Inférieur au Bac	44.10%
Rural	41.90%
Appartient à la PCS "retraités"	23.10%
Appartient à la PCS "employés"	27.50%
Appartient à la PCS "professions intermédiaires"	18.70%
2. Etat de santé	
Avec une ALD	12.90%
Pense être en "excellente" ou "très bonne" santé	27.50%
Pense être en "bonne" santé	45.00%
Pense être en "mauvaise" santé	2.20%
3. Offre de soins	
Consulte un médecin en cabinet individuel	49.40%
Consulte un médecin en cabinet de groupe	33.30%
Consulte un médecin en centre ou maison de santé	17.20%
Connait le médecin actuel depuis moins de 5 ans	35.50%
Connait le médecin actuel depuis plus de 5 ans	63.40%
Le médecin actuel est un médecin généraliste	98.90%
Le médecin actuel est le médecin traitant	94.60%
Dernière consultation date de moins de 15 jours	26.90%
Dernière consultation date d'entre 15 jours et 3 mois	44.10%
Dernière consultation date de plus de 3 mois	29%

3/ Qualité des données

La **fiabilité des données** est mesurée par un indicateur du niveau de réalisation des différents profils de recrutement (cf tableau 3). Cet indicateur montre que la qualité « globale » du panel reste relativement élevée, avec un taux final de réalisation des profils de recrutement proche de 78%, et ce malgré la baisse de participation des experts à chaque tour.. Cette analyse confirme aussi que le sous-groupe du panel constitué des experts représentant les « centre et maison de santé » ne permet plus d'effectuer une analyse comparative des formes d'offres de soins. Concernant le sous-groupe des experts représentant les « cabinets individuel et de groupe », la baisse de participation a un impact limité sur la composition du panel, car elle affecte principalement les profils de recrutement initialement sur représentés.

	Tx de réalisation (1)
Tour n°1	91.60%
Cabinet individuel et de groupe	90.0%
Maison et centre de santé (2)	100.0%
Tour n°2	83.3%
Cabinet individuel et de groupe	87.5%
Maison et centre de santé	50.0%
Tour n°3	77.8%
Cabinet individuel et de groupe	84.3%
Maison et centre de santé	25.0%

(1) Ce taux mesure le niveau de réalisation des différentes profils de recrutement (16+2). Un profil est considéré comme étant "réalisé", lorsque l'objectif de 4 individus recrutés est atteint.

(2) Pour évaluer la qualité du pnael au niveau de ce sousgroupe d'experts, le profil de recrutement est considéré comme étant "réalisé" lorsque 4 individus participent.

La **validité de contenu** des données est vérifiée à partir des questions relatives à l'intérêt que les experts accordent à la thématique de cette étude (point de vue des usagers en médecine générale) et à leur perception de la difficulté de cette étude¹⁰. Les réponses semblent montrer une validité de contenu acceptable, 56.7% des experts sont « fortement d'accord » ou « très fortement d'accord » avec l'affirmation selon laquelle la thématique étudiée est intéressante (41.8% sont « d'accord » avec cette affirmation). La démarche présente un niveau de difficultés relativement faible pour les experts, 16.4% d'entre eux considèrent cette étude comme étant « difficile » ou « très difficile ».

La qualité des données est aussi examinée à travers **l'utilisation des instruments de mesure** proposés aux experts dans le 1^{er} questionnaire et l'intérêt qu'ils accordent à démarche adoptée pour réaliser l'étude. Dans l'ensemble, les experts semblent être plutôt d'accord avec la démarche « Delphi » utilisée dans cette étude, 91% d'entre eux se disent « d'accord » ou « fortement d'accord » avec l'intérêt de la démarche adoptée. L'analyse de l'utilisation de l'instrument de mesure proposé aux experts dans le 1^{er} questionnaire porte sur le nombre de modalités différentes utilisées pour répondre aux 40 questions. Les experts semblent relativement bien utiliser l'échelle de mesure, ils utilisent en moyenne 6 modalités différentes pour répondre aux questions (écart-type= 1.8 ; médiane=6).

Le dernier contrôle de qualité des réponses porte sur la **stabilité des évaluations** en termes d'importance accordée aux différents items. L'analyse des modifications de réponses porte plus spécifiquement sur les écarts d'évaluations entre le questionnaire n°1 (*évaluer l'importance de*

¹⁰ Ces deux questions sont contenues dans le questionnaire n°3, auquel 67 experts ont répondu.

chaque item séparément en attribuant une note pouvant aller de 1 à 9) et le questionnaire n°2 (sélectionner 5 items considérés comme étant les plus importants). Les évaluations d'importance effectuées par les experts restent globalement stable entre les deux tours (cf tableau 4), en moyenne les experts ont modifié 19.5% de leurs décisions/réponses initiales¹¹.

Désignation au 2ème tour d'item(s) comme faisant partie des "plus importants" alors que pas évalué(s) comme tel au 1er tour	Nbr d'experts	
Sélection de "0" item	36	47.4%
Sélection de "1" item	20	26.3%
Sélection de "2" item	9	11.8%
Sélection de "3" item	8	10.5%
Sélection de "4" item	3	3.9%
Sélection de "5" item	0	0.0%

4/ Elaboration des questionnaires

Le 1^{er} questionnaire est composé de 40 items sélectionnés à partir de la littérature. Les réponses des experts ont permis de retenir 14 items, dont les scores moyens d'importance sont compris entre 7.70 et 8.53 et les écarts-types entre 0.89 et 1.82. Au 2^{ème} tour de l'étude, il est demandé aux experts de sélectionner 5 items qu'ils considèrent comme étant les « plus importants » parmi les 14 qui leurs sont proposés. Les réponses ont permis de sélectionner 7 items pour construire le 3^{ème} questionnaire. Lors 3^{ème} tour, il est demandé aux experts de classer ces 7 items par ordre d'importance, afin d'identifier la liste de leurs « priorités ».

5/ Analyse des réponses

1^{er} tour

Les données du 1^{er} tour d'enquête sont issues de 93 experts et constituent une base de 3 711 observations (9 valeurs manquantes). Ces données peuvent faire l'objet d'une double analyse, par individu et par item/question.

L'analyse descriptive des réponses montre que globalement les experts accordent une importance relativement élevée aux différents aspects du soin de médecine générale. Le score moyen des notations d'importance calculé par individu est de 6,7 (écart-type : 0.89) et se situe entre les démarcations « moyenne importance » et « très grande importance » de l'échelle de mesure. Les points de vue des experts sont plutôt homogènes, mais en se focalisant sur l'étude des extrémités de la distribution du score moyen, il est tout de même possible d'identifier des différences en fonction des profils d'experts. Les profils correspondant à des experts âgés de moins de 55 ans, vivant en zone urbaine et ayant un niveau de formation supérieur ou équivalent au Baccalauréat sont davantage représentés dans le groupe des scores moyens d'importance les « plus faibles » (ils représentent 52% des profils d'experts appartenant au 1^{er} quartile de la distribution des scores moyens d'importance¹²). Inversement, les experts recrutés en « maison et centre de santé » se situent plutôt

¹¹ Le taux de changement des réponses est calculé comme suivant : « nombre d'items identifiés comme étant parmi les « plus importants » [tour 2] alors que pas évalué comme tel [tour 1] » divisé par « nombre d'items sélectionnés comme étant les « plus importants » [tour 2]. Remarque : Au questionnaire n°2, les 76 experts ont tous sélectionnés 5 items.

¹² Le 1^{er} quartile représente 25% de la distribution (23 experts) et est composé des scores moyens d'importance les plus faibles. Ils varient entre 3.73 et 6.18.

dans la catégorie des scores moyens d'importance les « plus élevés » (ils représentent 35% des profils d'experts appartenant au 3ème quartile de la distribution des scores moyens d'importance¹³).

L'approche complémentaire des évaluations d'importance par item permet d'identifier deux principales catégories d'aspects du soin de médecine générale. D'une part, les aspects plutôt de type « organisationnel/structurel » (mode d'exercice du médecin ; confort du cabinet médical ; exercice pluridisciplinaire ; âge et sexe du médecin) qui se situent dans le 1^{er} quartile de la distribution des scores moyens d'importance par item, qui varient de 2.46 à 5.98. D'autre part, les aspects plutôt de type « interpersonnel » (information sur le diagnostic et traitement; attention du médecin ; conseils médicaux ; amabilité du médecin ; confidentialité des informations ; clarté des informations) et dans une moindre mesure de type « technique/clinique » (prise en compte des antécédents médicaux et des gênes/douleurs pendant la consultation). Cette catégorie est définie par les 10 items composant le 3^{ème} quartile de la distribution, dont les scores moyens d'importance varient de 8.08 à 8.53.

Cette 2nde approche montre aussi une hétérogénéité globalement plus importante des évaluations d'importance par item, l'écart-type du score moyen est de 1.55 (score min : 2.46 ; score max : 8.53 ; score médian : 6.88), et qui varie selon la catégorie d'aspects du soin considérée. Ainsi, la catégorie des aspects « organisationnels » présente des écarts-types nettement supérieurs à ceux des aspects « interpersonnels » et « techniques », avec dans le 1^{er} cas un intervalle de variation [2.34 – 2.97] contre dans le 2nd cas un intervalle de [0.89 – 1.3]. Cette plus faible hétérogénéité des aspects « interpersonnels » et « techniques » indique un niveau de consensus/accord plus grand entre les experts concernant l'importance de ces aspects.

Pour compléter cette analyse descriptive des réponses obtenues au 1^{er} tour, un modèle d'analyse de la variance a été réalisé afin d'identifier les effets des principales variables sociodémographiques (âge ; sexe ; zone de résidence ; niveau de formation) sur les évaluations d'importance des items (représentées dans le modèle par les scores moyens d'importance des items). Cette approche est faiblement concluante, avec d'une part un coefficient de détermination relativement faible (8%), et d'autre part, l'identification uniquement d'un effet significatif du genre de l'expert sur le score moyen des items ($P > F = 0.04$ pour α à 5%).

2^{ème} tour

Les données du 2^{ème} tour d'enquête sont issues de 76 experts et constituent une base de 380 observations (aucune valeur manquante).

L'analyse par item montre que les aspects de type « interpersonnel » (information sur le diagnostic et le traitement ; attention du médecin ; clarté des informations ; coordination du parcours de soins) et « technique » (minuterie de l'examen clinique ; prise en compte des antécédents médicaux) sont ceux le plus fréquemment désignés par les experts comme étant les « plus importants ». L'item « le médecin vous informe sur votre diagnostic » présente le taux de sélection le plus élevé, environ 72% des experts l'ont retenu (cf. tableau 5).

¹³ Le 3^{ème} quartile représente 25% de la distribution (23 experts) et est composé des scores moyens d'importance les plus élevés. Ils varient entre 7.38 et 8.5.

Item	Nbr d'experts	Tx de sélection
Le médecin vous explique votre traitement médical (effets secondaires, fonctionnement)	26	34.2%
Le médecin coordonne votre parcours de soins (suivi et mise en œuvre de votre traitement lorsqu'il fait intervenir plusieurs professionnels de santé: spécialistes et/ou hôpital)	28	36.8%
La précision/minutie de l'examen clinique (auscultation)	29	38.2%
La clarté des informations que vous donne le médecin	29	38.2%
L'attention que le médecin porte aux informations que vous lui communiquez	35	46.1%
Le médecin prenne en compte vos antécédents médicaux (éléments de vos précédentes consultations) pour l'élaboration de votre traitement et/ou diagnostic	42	55.3%
Le médecin vous informe sur votre diagnostic (nature du problème de santé, gravité)	55	72.4%

Une analyse par individu est également effectuée, afin de déterminer dans quelle mesure la sélection des items par la règle de décision correspond à celles effectuées par les experts. Pour cela, un taux de représentation des choix individuels¹⁴ est utilisé (cf tableau 6) et montre un niveau global de concordance relativement élevé. La sélection des items en fonction de la règle de décision aboutit à une liste qui représente en moyenne 64.2% des sélections individuelles. Ce résultat montre que l'avis des experts est globalement assez bien représenté, et que les avis d'un nombre limité d'experts (6 individus dont le taux de représentation est inférieur ou égal à 20%) se retrouvent en « situation d'exclusion ». L'analyse des sélections d'items en fonction des profils de recrutement ne permet pas de mettre en avant des groupes d'experts dont l'avis serait mieux ou moins bien représenté.

Taux de représentation de la sélection individuelle	Nbr d'experts concernés
0%	1
20%	5
40%	15
60%	17
80%	32
100%	6

Pour compléter cette analyse descriptive des réponses du 2^{ème} tour, trois modèles de régression logistique ont été élaborés afin de déterminer l'influence des principales variables sociodémographiques (âge ; sexe ; zone de résidence ; niveau de formation) sur la probabilité de sélectionner des items les plus fréquemment sélectionnés (« le médecin vous informe sur votre

¹⁴ Ce taux est calculé en rapportant « le nombre d'items appartenant à la liste de ceux retenus pour le 3^{ème} tour qui a été sélectionné par un expert » au « nombre d'items sélectionnés par l'expert ». Remarque : Au 2^{ème} tour, tous les experts ont sélectionnés 5 items.

diagnostic » ; « Le médecin prenne en compte vos antécédents médicaux » ; « L'attention que le médecin porte aux informations que vous lui communiquez »). Aucun des trois modèles ne permet de conclure sur l'existence d'un effet significatif des variables sociodémographiques décrivant les profils des experts.

3^{ème} tour

Les données du 3^{ème} tour d'enquête sont issues de 67 experts et constituent une base de 466 observations (3 valeurs manquantes).

L'analyse des classements effectués par les experts montre que l'aspect « le médecin vous informe sur votre diagnostic » est celui auxquels ils accordent la plus grande attention (cf tableau 7). Cet item constitue par ailleurs le seul aspect « non ambigu » en termes de priorités, ceux restants semblent davantage en concurrence dans le classement.

Item	Position 1		Position 2		Position 3		Position 4		Position 5	
Le médecin vous informe sur votre diagnostic	52 (1)	77.6%	7	10.4%	5	7.5%	2	3.0%	1	1.5%
Le médecin prenne en compte vos antécédents médicaux	30	44.8%	19	28.4%	9	13.4%	5	7.5%	3	4.5%
La précision/minutie de l'examen clinique	28	42.4%	18	27.3%	9	13.6%	7	10.6%	3	4.5%
L'attention que le médecin porte aux informations que vous lui communiquez	12	17.9%	33	49.3%	11	16.4%	5	7.5%	5	7.5%
La clarté des informations que vous donne le médecin	18	27.3%	11	16.7%	17	25.8%	14	21.2%	6	9.1%
Le médecin vous explique votre traitement médical	5	7.6%	10	15.2%	12	18.2%	11	16.7%	20	30.3%
Le médecin coordonne votre parcours de soins	2	3.0%	8	11.9%	17	25.4%	21	31.3%	9	13.4%

(1) Lecture: 52 experts ont posés cet item à la 1^{ère} position en termes d'importance, ce qui représente 77.6% du panel d'experts (N=67).

L'analyse des données par expert montre qu'ils sont dans une certaine mesure capable de classer les aspects du soin de médecine générale par ordre d'importance. Ils ont utilisé en moyenne 4.46 positions différentes pour élaborer leur classement (écart-type : 1.31), seul un nombre limité d'individus (5 personnes, soit 7.4% du panel) présente une méthode de hiérarchisation moins discriminante (cf tableau 8). Une analyse par profil semble montrer que les femmes auraient globalement tendance à utiliser moins de niveaux/positions pour réaliser leur classement, et à l'inverse que les personnes vivant en zone urbaine et ayant un niveau d'étude supérieur ou équivalent au Bac seraient davantage disposées à utiliser plusieurs niveaux et donc à limiter le nombre d'aspects ex-æquo. Afin de préciser un éventuel effet des caractéristiques sociodémographiques sur les classements d'aspects du soin de médecine générale, l'item « le médecin vous informe sur votre diagnostic » a été analysé à travers chacune des variables sociodémographiques (âge ; sexe ; zone de résidence ; niveau de formation) à l'aide de tests de comparaison de distributions (test du Khi-2). Cette analyse complémentaire a permis uniquement d'identifier un effet de la zone de résidence (rurale versus urbaine) sur la propension à classer l'item « information sur le diagnostic » en 1^{ère} position. Les personnes vivant en zone rurale auraient davantage à considérer la réception d'informations sur leur diagnostic comme leur plus grande priorité.

Tableau 8: Nombre de niveaux différentes utilisés par les experts pour classer les items

Nbr de niveaux	Nbr d'experts	
1	0	0.0%
2	5	7.5%
3	10	14.9%
4	18	26.9%
5	23	34.3%
6	5	7.5%
7	6	9.0%

D. Discussion

Cette étude a permis de montrer que les usagers accordent globalement une importance élevée aux aspects du soin de médecine générale. D'autres études ont aussi montré que les patients ont tendance à considérer la plupart des aspects du soin de médecine générale comme « important » ou « très important » (Delgado et al, 2008) (Grol et al, 1999). Ce point de vue global cache tout de même des disparités, les usagers considèrent les caractéristiques organisationnelles du soin comme étant les moins importantes. D'autres études ont également montré que les attentes et la satisfaction des patients étaient très faiblement expliquées (moins de 4%) par les caractéristiques des professionnels de santé et de leur mode d'exercice (Laurant et al, 2008) (Delgado et al, 2008). Plus globalement, on observe que les usagers font une distinction entre les dimensions technique et interpersonnelle du soin. Ce résultat tend à justifier l'affirmation selon laquelle le point de vue des patients sur leurs soins peut être utilisé comme un indicateur de qualité. Ce résultat a été mis en avant par d'autres auteurs, tel que Baker (1997) et Jung et al (2000) pour qui les patients peuvent accorder des niveaux d'importance variables aux différents aspects du soin de médecine générale, indiquant dès lors qu'ils ont des exigences spécifiques pour les différents aspects du soin. Plus généralement, la littérature montre que les patients établissent une distinction principale entre les aspects appartenant à la dimension « technique » du soin (précision de l'examen clinique, etc.), et ceux appartenant à la dimension « interpersonnelle » (communication entre le patient et le médecin, etc.) (Haddad et al, 2000) (Cheraghi-Sohi et al, 2006, 2008) (Leonard, 2008). L'importance des aspects semble varier selon le profil des experts, indiquant l'existence d'une hétérogénéité des points de vue en fonction des caractéristiques individuelles, même si nous n'avons pas été en mesure de déterminer un effet statistiquement significatif. D'autres études ont montré qu'il était possible d'identifier différents groupes de patients en fonction des aspects du soin auxquels ils accordent une attention particulière (Ross et al, 1993) (Wensing et al, 1998). Ainsi, l'étude de Jung et al (2003) identifie deux grands groupes de patients, avec d'une part ceux « actifs » qui recherchent de l'information et souhaitent davantage participer à la décision médicale, et d'autre part, ceux « passifs », qui privilégient la continuité relationnelle de soins. Cette hétérogénéité des points de vue semble pouvoir être expliquée par les caractéristiques sociodémographiques des usagers (Bikker et al, 2006) (Jung et al, 2003) (Vick et al, 1998) (Scott et al, 2003) (Cheraghi-Sohi et al, 2008) (Grol et al, 1999). Les études Ross et al (1993) et de Wensing et al (1998) montrent par exemple que les usagers appartenant au groupe des patients avec une préférence pour la dimension interpersonnelle du soin ont davantage tendance à être âgés. Cependant, il semblerait que les caractéristiques sociodémographiques des usagers ne soient pas le déterminant majeur du point de vue des patients. Selon Fung et al (2005), ces caractéristiques ne permettent pas de bien expliquer les choix individuels entre les deux principales dimensions du soin. De même, d'après Benbassat (1998), les caractéristiques individuelles des patients permettent d'expliquer environ 20% de la variabilité de leurs préférences. Cette étude a aussi permis de montrer que globalement, les usagers accordent une plus grande importance aux aspects appartenant à la dimension interpersonnelle du soin. Ce résultat rejoint d'autres études qui montrent par exemple que l'humanité du médecin (dimension interpersonnelle) est l'aspect le plus

important pour les patients devant la précision de l'examen clinique (dimension technique) (Wensing et al, 1998) (Carroll et al, 1998) (Delgado et al, 2008) (Williams et al, 1995). L'étude de Haddad et al (2000) montre aussi que les aspects interpersonnels du soin semblent avoir une plus forte influence sur les jugements de qualité des patients. Par ailleurs, Bikker et al (2006) montrent que le point de vue des patients concernant ces aspects interpersonnels est stable quelque soit le type d'offre de soins envisagé (ambulatoire versus hospitalier), alors que des divergences de point de vue interviendraient plutôt au niveau des aspects organisationnels et techniques du soin. De même, l'étude de Grol et al (1999) montre que le consensus entre patients sur l'importance des aspects est le plus élevé pour trois dimensions du soin de médecine générale qui sont la « relation médecin-patient », « l'information & soutien » et la « disponibilité & accessibilité ». Cette plus grande importance accordée aux aspects interpersonnels du soin traduit une conception spécifique de la consultation du point de vue du patient. Ce dernier semble envisager le soin comme un service permettant une modification globale de sa situation (acquisition de connaissances, etc.) et pas uniquement une modification de son état clinique (Anden et al, 2005). Cette idée est rejoint par l'étude de Brody et al (1989) qui a permis de montrer que les patients ayant bénéficié d'un service/intervention non technique (éducation thérapeutique, conseils sur la gestion du stress, conseils sur la gestion du problème médical, etc.) pendant la consultation ont un niveau de satisfaction supérieur à celui des patients sans intervention non technique. Dans cette perspective, les patients accorderaient davantage d'importance aux éléments constitutifs d'une relation médecin-patient personnalisée (continuité relationnelle ; structure de petite taille ; consultation sur rendez-vous) (Baker, 1997). Des études plus rares montrent le résultat inverse, selon lequel les patients ont une préférence plus marquée pour la dimension technique du soin que pour celle interpersonnelle (Fung et al, 2005). Ces différences de résultats semblent en grande partie dépendre du scénario clinique envisagé. Cependant, cette « priorité » pour les aspects « interpersonnels » doit être prise avec précaution, car les experts semblent avoir du mal à hiérarchiser les aspects du soin qu'ils considèrent comme étant les plus importants. Les patients peuvent éprouver des difficultés à classer par ordre d'importance les aspects du soin (Ross et al, 1993) (Cheraghi-Sohi et al, 2006). La séparation entre les aspects « interpersonnels » et « techniques » relève en grande partie d'une construction théorique, dans la réalité les patients peuvent ne pas adopter une approche dichotomique du soin mais au contraire l'appréhender dans son ensemble. Cette dernière idée est confortée par des études qualitatives qui ont montré que les patients établissent des liens/connexions entre les différents aspects.

Cette étude montre que les usagers en médecine générale accordent une attention particulière aux aspects interpersonnels du soin. Des études proches réalisées dans d'autres pays de l'Union Européenne aboutissent à la même conclusion, les patients évaluent le soin de médecine générale de façon plus positive lorsqu'il s'agit de pratiques médicales de taille réduite (Wensing & al, 2002) et ils sont davantage satisfaits lorsqu'ils ont un médecin attitré (Baker & al, 1995). Dans cette perspective, les évolutions actuelles de l'organisation des soins de premiers recours en France (instauration du parcours de soins coordonnés et du médecin traitant) semblent correspondre aux priorités des patients en contribuant à un renforcement de la relation médecin-patient. Cependant, les priorités des patients en médecine générale portent essentiellement sur des aspects du soin « internes » à la consultation (échange d'informations, etc.). Il est donc difficile d'appréhender les conséquences des évolutions organisationnelles (regroupement des médecins, délégation de tâches, etc.) du point de vue des usagers. On peut supposer que les caractéristiques organisationnelles jouent un rôle « modérateur » sur les priorités des usagers. Par exemple, une conséquence théorique du regroupement des médecins dans des structures de taille plus importante est la possibilité d'un recentrage sur les activités médicales, en récupérant du temps de travail auparavant consacré à des activités administratives. Cette évolution organisationnelle de l'offre de soins aura un impact sur le point de vue des usagers en fonction de l'utilisation de ce supplément de temps. On peut anticiper par exemple un impact positif si le médecin utilise ce capital additionnel de temps pour accroître la durée moyenne de consultation par patient, et un impact neutre, voir négatif, si ce capital temps est

utilisé par le médecin pour accroître la taille de sa patientèle. Cependant, les résultats de cette analyse doivent être interprétés avec précaution en raison d'un certain nombre de limites liées à l'application de la méthode Delphi pour identifier les priorités des usagers en médecine générale.

Sous représentation de certains profils dans la réponse finale. La méthode Delphi est basée sur le principe de « représentation démocratique » selon lequel chaque opinion doit avoir la même importance dans l'analyse (Campbell & al, 2004). Compte tenu de la perte d'hétérogénéité du panel d'experts, ce principe n'est pas strictement respecté, certains profils d'expert sont sous-représentés dans la réponse finale. La qualité des données reste tout de même acceptable, car nous sommes parvenus à maintenir un taux de participation acceptable aux différents questionnaires.

Biais de sélection des items. L'élaboration du 1^{re} questionnaire à partir d'une sélection des items dans la littérature peut biaiser les réponses ou limiter l'étendue des opinions des experts (Hasson & al, 2000). Dans cette étude, cette possibilité a été limitée en effectuant une revue de littérature systématique des aspects de soins primaires, une étude pilote qui a permis de faire émerger des aspects supplémentaires et en intégrant en tour 1 une possibilité de commentaires qualitatifs qui n'a pas permis de faire émerger de nouveaux aspects.

Effet de présentation. En raison de phénomènes de « mise en route » et de « fatigue », les experts ont pu appréhender les items de façons différentes lorsqu'ils sont placés au début et à la fin du questionnaire (Campbell & al, 2004). Cette limite n'est pas spécifique à la méthode Delphi, et nous avons essayé de limiter cet effet en modifiant de façon aléatoire l'ordre de présentation des items dans les questionnaires n°1 et n°2.

Résultats « forcés ». La méthode Delphi a été critiquée pour sa capacité à forcer la réalisation d'un consensus entre les experts, la réponse finale pouvant dès lors ne plus correspondre au point de vue réel des experts (Keeney & al, 2001). Dans cette étude, cette possibilité semble avoir été limitée, car nous retrouvons des résultats similaires à ceux de la littérature internationale. De plus, le type de méthode Delphi qui a été retenu (Delphi classant) n'a pas pour objectif de présenter plusieurs fois les mêmes items aux experts jusqu'à obtention d'un consensus.

Plus globalement, l'étude du point de vue du patient a montré que l'utilisation d'instruments mesurant l'importance accordée par les individus aux différentes caractéristiques du soin peut conduire à des « choix forcés » (Ross et al, 1993), notamment lorsqu'une possibilité de classement ex-æquo n'est pas incluse. D'autres études ont également montré que les patients pouvaient d'une part être en difficulté lorsqu'ils sont confrontés à un exercice de priorisation/hierarchisation des aspects du soin (Cheraghi-Sohi et al, 2008) (Ryan, 1999), et d'autre part, ne pas percevoir la pertinence d'un classement des aspects par ordre d'importance (Dicker et al, 1995).

Dans cette étude, nous avons essayé de limiter ces possibilités en incluant une possibilité de classement ex-æquo dans le questionnaire n°3, et en adoptant une approche par étapes permettant de ne retenir que les items les plus importants et ainsi restreindre le nombre d'items à classer, ce qui diminue la difficulté de l'exercice de priorisation.

Non prise en compte du motif de recours. Certains commentaires qualitatifs obtenus au 1^{er} tour suggèrent que les experts ont dans une certaine mesure eu du mal à respecter la consigne de globalité (ne pas envisager une situation clinique spécifique). D'autres études sur le point de vue du patient en médecine générale/soins primaires se sont également heurtées à cette difficulté de « bloquer » l'effet du motif de recours et montrent une variation importante des réponses en fonction par exemple de la sévérité perçue de la pathologie (Wensing et al, 1998) (Brody et al, 1989) (Cheraghi-Sohi et al, 2008) (Turner et al, 2007). Selon Kravitz (2001), la perception du symptôme par

le patient a une influence majeure sur son point de vue, car elle conditionne ce qu'il pense (dimension cognitive), et sa façon de réagir (dimension affective).

Non prise en compte d'autres déterminants des priorités individuelles plus globaux (religion, etc.).

En dehors de l'influence du motif de recours aux soins, d'autres déterminants du point de vue individuel n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Il s'agit principalement de caractéristiques individuelles intervenant à un niveau global (religion, statut économique, etc.) (Wensing et al, 1998) (Jung et al, 2003), et de caractéristiques liées à la réalisation de l'enquête (durée écoulée entre la date de dernière consultation et la réponse au questionnaire, etc.) (Jung et al, 2000). Cependant, cette limite ne s'applique que très faiblement à notre étude, car celle-ci n'a pas pour objectif de tester l'effet des différentes variables individuelles et contextuelles sur les priorités des patients. L'importance de la sélection des variables intervient au moment de l'élaboration des profils de recrutement.

E. Conclusion

Cette étude constitue une 1^{ère} étape dans l'identification de la composition/contenu et du fonctionnement du point de vue du patient en médecine générale. Elle peut être poursuivie par des analyses complémentaires portant sur l'existence éventuelle d'une différence de point de vue des usagers en fonction du type de professionnel de santé considéré (infirmier versus médecin ; médecin versus spécialiste) (Laurant et al, 2008). Il convient également de développer la recherche théorique et conceptuelle sur la nature du point de vue de l'utilisateur, en analysant par exemple sa dynamique temporelle. Selon Calnan (1988), la satisfaction des patients peut évoluer dans le temps en fonction notamment de l'acquisition de nouvelles connaissances médicales et d'expériences de soins. Cela suggère que les déterminants du point de vue des patients (priorités) peuvent aussi évoluer dans le temps et en fonction des connaissances des patients. En raison de la multiplication des concepts mobilisés pour étudier le point de vue des usagers, il semble également intéressant de clarifier/préciser le cadre théorique sous-jacent aux études empiriques. Ainsi, Baker (1997) affirme que la littérature présente un niveau de chevauchement/recoupement des concepts de priorités et de préférences relativement conséquent. Les préférences sont généralement définies de façon implicite comme des niveaux d'importance relative d'un élément parmi un ensemble d'éléments envisageables, et sont donc confondues avec le concept de priorités (Jung et al, 2003) (Gerard et al, 2006) (Uhlmann et al, 1984) (Carroll et al, 1998). Les préférences ont aussi été définies de façon alternative en termes de désirabilité relative (Brennan et al, 1998).

F. Bibliographie

A. Anden, SO. Andersson, CE. Rudebeck (2005). Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. BMC Family Practice.

S. Audric (2004). L'exercice en groupe des médecins libéraux. Etudes et Résultats.

R. Baker (1997). Pragmatic model of patient satisfaction in general practice : progress towards a theory. Quality in Health Care.

R. Baker, J. Streatfield (1995). What type of general practice do patients prefer ? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. British Journal of General Practice.

AP. Bikker, AGH. Thompson (2006). Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. Social Science and Medicine.

PF. Brennan, I. Strombom (1998). Improving health care by understanding patient preferences : the role of computer technology. Journal of American Medical Informatics Association.

DS. Brody, SM. Miller, CE. Lerman, DG. Smith, CG. Lazaro, MJ. Blum (1989). The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Medical Care.

M. Calnan (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. Social Science and Medicine.

SM. Campbell, T. Shield, A. Rogers, L. Gask (2004). How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings ? Quality and Safety in Health Care.

SM. Campbell, M. Hann, MO. Roland, J. Ann Quayle, PG. Shekelle (1999). The effect of panel membership and feedback on ratings in a two-round Delphi survey : results of a randomized controlled trial. Medical Care.

L. Carroll, FM. Sullivan, M. Colledge (1998). Good health care: patient and professional perspectives. British Journal of General Practice

S. Cheraghi-Sohi, AR. Hole, N. Mead, R. McDonald, D. Whalley, P. Bower, M. Roland (2008). What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. Annals of Family Medicine.

S. Cheraghi-Sohi, P. Bower, N. mead, R. McDonald, D. Whalley, M. Roland (2006). What are the key attributes of primary care for patients ? Building a conceptual 'map' of patient preferences. Health Expectations.

KS. Choi, WH. Cho, S. Lee, H. Lee, C. Kim (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. Journal of Business Research.

K. de Ruyter, M. Wetzels (1998). On the complex nature of patient evaluations of general practice service. Journal of economic psychology.

E. De Vos, H. Spivak, E. Hatmaker-Flanigan, RD. Sege (2006). A Delphi approach to reach consensus on primary care guidelines regarding youth violence prevention. Pediatrics.

A. Delgado, L. Andres Lopez-Fernandez, J. de Dios Luna, N. Gil, M. Jimenez, A. Puga (2008). Patient expectations are not always the same. Journal of Epidemiology and Community Health.

A. Dicker, D. Armstrong (1995). Patients' views of priority setting in health care: an interview survey in one practice. British Medical Journal.

B. Dormont et AL. Samson (2009). Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. Économie et Statistiques.

N. Efstathiou, J. Ameen, AM. Coll (2008). A Delphi study to identify healthcare users' priorities for cancer care in Greece. European Journal of Oncology Nursing.

European observatory on health systems and policies series (2006). Primary Care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Ed by Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke Boerma, New York, Open University Press.

SA. Flocke, WL. Miller, BF. Crabtree (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract.*

CH. Fung, MN. Elliott, RD. Hays, KL. Kahn, DE. Kanouse, EA. McGlynn, MD. Spranca, PG. Shekelle (2005). Quality of care. Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Services Research.*

K. Gerard, C. Salisbury, D. Street, C. Pope, H. Baxter (2008). Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. *Journal of Health Services Research and Policy.*

K. Gerard, V. Lattimer, H. SurrIDGE, S. George, J. Turnbull, A. Burgess, J. Lathlean, H. Smith (2006). The introduction of integrated out-of-hours arrangements in England: a discrete choice experiment of public preferences for alternative models of care. *Health Expectations.*

K. Gerard, V. Lattimer (2004). Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: a discrete choice experiment. *Family Practice.*

R. Grol, M. Wensing, J. Mainz, P. Ferreira, H. Hearnshaw, P. Hjortdahl, F. Olesen, M. Ribacke, T. Spenser, J. Szecsenyi (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice.*

S. Haddad, L. Potvin, D. Roberge, R. Pineault, M. Remondin (2000). Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family Practice.*

J. Harting, P. van Assema, NK. De Vries (2006). Patients' opinions on health counseling in the Hartslag Limburg cardiovascular prevention project: perceived quality, satisfaction, and normative concerns. *Patient Education and Counseling.*

F. Hasson, S. Keeney, H. McKenna (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing.*

HP. Jung, C. Baerveldt, F. Olesen, R. Grol, M. Wensing (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectations.*

HP. Jung, M. Wensing, A. de Wilt, F. Olesen, R. Grol (2000). Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Family Practice.*

HS. Jung, M. Wensing, R. Grol (1997). What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *British Journal of General Practice.*

S. Keeney, F. Hasson, HP. McKenna (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies.*

J. Kersnik (2001). Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy.*

- R. Kravitz (2001). Measuring patients' expectations and requests. *Annals of Internal Medicine*.
- J. Landeta (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*.
- M. Laurant, R. Hermens, J. Braspenning, R. Akkermans, B. Sibbald, R. Grol (2008). An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing*.
- KL. Leonard (2008). Is patient satisfaction sensitive to changes in the quality of care ? An exploitation of the Hawthorne effect. *Journal of Health Economics*.
- R. Like, SJ. Zyzanski (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter : social psychological determinants. *Social Science and Medicine*.
- H. Linstone, M. Turoff (2002). *The Delphi method : techniques and applications*.
- AC. Mertens, KL. Cotter, BM. Foster, BJ. Zebrack, MM. Hudson, D. Eshelman, L. Loftis, M. Sozio, KC. Oeffinger (2004). Improving health care for adult survivors of childhood cancer : recommendations from a Delphi panel of health policy experts. *Health Policy*.
- C. Okoli, SD. Pawlowski (2004). The Delphi method as a reasearch tool : an example, design considerations and applications. *Information and Management*.
- ONDPS (2008). Rapport annuel 2006-2007 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)
- CK. Ross, CA. Steward, JM. Sinacore (1993). The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care*.
- G. Rowe, G. Wright, F. Bolger (1991). Delphi. A reevaluation of research and theory. *Technological Forecasting and Social Change*.
- Ryan (1999). Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation. *Social Science and Medicine*.
- A. Scott, MS. Watson, S. Ross (2003). Eliciting preferences of the community for out of hours care provided by general practitioners :a stated preference discrete choice experiment. *Social Science and Medicine*.
- B. Starfield (1992). *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press.
- D. Turner, C. Tarrant, K. Windridge, S. Bryan, M. Boulton, G. Freeman, R. Backer (2007). Do patients value continuity of care in general practice ? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *Journal of Health Services Research and Policy*.
- RF. Uhlmann, TS. Inui, WB. Carter (1984). Patient requests and expectations : definitions and clinical applications. *Medical Care*.
- S. Vick, A. Scott (1998). Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Economics*.

JE. Ware, MK. Snyder, WR. Wright, AR. Davies (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning.

M. Wensing, P. Vedsted, J. Kersnik, W. Peersman, A. Klingenberg, H. Hearnshaw, P. Hjortdahl, D. Paulus, B. Künzi, J. Mendive, R. Grol (2002). Patient satisfaction with availability of general practice : an international comparison. International Journal for Quality in Health Care.

M. Wensing, R. Grol (1998). What can patients do to improve health care? Health Expectations.

M. Wensing, HP. Jung, J. Mainz, F. Olesen, R. Grol (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part1 : Description of the research domain. Social Science and Medicine.

S. Williams, J. Weinman, J. Dale, S. Newman (1995). Patient expectations : what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction ? Family Practice.

B. Williams (1994). Patient satisfaction : a valid concept ? Social Science and Medicine.