



## RÉSUMÉS DES PRÉSENTATIONS

*Séminaire de mi-parcours*

**Recherches sur les Services de Santé**

**15 octobre 2010**

*Siège de l'Inserm, Paris*



## Sommaire

- Connaissances et pratiques médicales en matière de santé sexuelle et reproductive en France. (Caroline Moreau)  
**Porteur du projet : Caroline Moreau - caroline.moreau@inserm.fr.....p.3**
- Quels sont les déterminants du recours aux soins dans l'incontinence urinaire de la femme ? Analyse d'une cohorte de 2273 femmes. (Virginie Ringa)  
**Porteur du projet : Xavier Fritel - fritel.xavier@orange.fr.....p.4**
- Responsabilité financière des patients ou des médecins ? Analyses théorique et empirique. (Izabela Jelovac)  
**Porteur du projet : Izabela Jelovac - jelovac@gate.cnrs.fr .....p.6**
- Comportement de prescriptions et qualité des soins en médecine générale de ville. (Bruno Ventelou)  
**Porteur du projet : Bruno Ventelou - bruno.ventelou@inserm.fr .....p.7**
- Faire vivre le rôle de professionnel-gestionnaire dans les pôles d'activité des hôpitaux français. Enjeux, difficultés, succès. (Annick Valette)  
**Porteur du projet : Annick Valette - annick.valette@upmf-grenoble.fr.....p.8**
- Influence de la qualité de l'information médicale délivrée sur la satisfaction du patient hospitalisé : qualité du partage de l'information médicale entre médecins et autres soignants, besoins spécifiques des populations vulnérables. (Leïla Moret)  
**Porteur du projet : Pierre Lombrail - pierre.lombrail@chu-nantes.fr.....p.10**
- La plainte en matière médicale. Une étude au sein du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux créé, en France, par la loi du 4 mars 2002. (Janine Barbot & Isabelle Parizot)  
**Porteur du projet : Janine Barbot - barbot@vjf.cnrs.fr.....p.12**
- Projet MALIS : Mesure de l'Acceptabilité des risques LIés aux Soins. (Philippe Michel & Bruno Quintard)  
**Porteur du projet : Philippe Michel - philippe.michel@ccecqa.asso.fr.....p.13**
- Projet INTERMEDE : Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé. Analyses interdisciplinaires. (Michelle Kelly Irving)  
**Porteur du projet : Thierry Lang - lang@cict.fr.....p.15**

## Connaissances et pratiques médicales en matière de santé sexuelle et reproductive en France.

Porteur du projet : Caroline Moreau

**Caroline Moreau, Nathalie Bajos, Aline Bohet**

U1018 - Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) - Equipe Genre, santé sexuelle et reproductive, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre

L'objectif principal de ce projet est d'explorer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville en matière de santé sexuelle et reproductive, et d'en identifier les principaux facteurs de variation. De manière plus spécifique, il s'agit d'étudier leurs attitudes et connaissances en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse, de prise en charge des troubles de la fertilité et des dysfonctions sexuelles et les facteurs de variations des pratiques déclarées.

Le projet s'appuie sur une enquête nationale auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes (n=500) et gynécologues (n=500) exerçant en cabinet de ville.

Cette recherche se fait en parallèle d'une enquête nationale sur les enjeux contemporains en santé sexuelle et reproductive conduite en population générale, auprès d'un échantillon représentatif de 8000 femmes et hommes d'âge reproductifs. La lecture conjointe des résultats de ces deux études permettra en particulier de caractériser l'adéquation de la réponse médicale aux enjeux identifiés en population générale.

Les premiers 9 mois de ce projet ont été essentiellement consacrés à la méthodologie de l'enquête, en collaboration avec les chercheurs du service des enquêtes de l'INED (financement conjoint de l'INED), afin de réaliser une étude pilote méthodologique auprès d'un échantillon représentatif de 1000 médecins. Ce pilote a pour objectif de tester différentes procédures d'inclusion et de recueil des données afin de déterminer le protocole d'enquête le plus « efficace » en terme de coût / efficacité sur le taux de participation. En effet, les taux de réponses des médecins aux enquêtes aléatoires sont traditionnellement bas, ce qui invite à comparer différentes stratégies d'inclusion (incitation sous forme d'envoi de livres, appels téléphoniques) et différents modes de passation du questionnaire (internet, papier, téléphone) afin d'identifier la méthodologie optimale à mettre en œuvre.

Les principales hypothèses à tester « effet de l'envoi d'un livre de l'Inserm », « appel d'un enquêteur à l'inclusion » et « possibilité de répondre au questionnaire par téléphone » sur le niveau de participation à l'enquête conduisent à distinguer 6 groupes d'inclusion sélectionnés de manière aléatoire à partir de la base Adeli (fichier de remboursement de la CNAMTS) après stratification sur la spécialité (généralistes ou gynécologues en ville).

	<b>Pas d'appel enquêteur</b>	<b>Appel enquêteur à l'inclusion</b>	<b>Appel enquêteur à l'inclusion + possibilité de questionnaire téléphonique</b>
Pas d'envoi d'un livre Inserm	<b>A0=76</b>	<b>B0=212</b>	<b>C0=212</b>
Envoi d'un livre Inserm	<b>A1=76</b>	<b>B1=212</b>	<b>C1=212</b>

Le terrain de cet essai est en cours (juillet 2010-octobre 2010) et le protocole et les résultats préliminaires et non définitifs de cette première phase seront présentés le 15 octobre. Ces résultats contribueront directement au choix du protocole d'inclusion de l'enquête finale et au delà de la recherche spécifique « FECOND médecin », informeront sur les choix méthodologiques d'inclusion des personnes dans le cadre des enquêtes aléatoires notamment en population générale.

## Quels sont les déterminants du recours aux soins dans l'incontinence urinaire de la femme ? Analyse d'une cohorte de 2273 femmes.

Porteur du projet : Xavier Fritel

**Xavier Fritel<sup>a</sup>, Henri Panjo<sup>b</sup>, Noëlle Varnoux<sup>b</sup>, Virginie Ringa<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> U953 - Recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants, Inserm, Paris

<sup>b</sup> U1018 - Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) - Equipe Genre, santé sexuelle et reproductive, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre

### Contexte

L'incontinence urinaire de la femme est un handicap qui touche plus de 50% des femmes après 50 ans et est à l'origine de dépenses de santé estimées à plus de 4 milliards d'euros par an en France.<sup>1,2,3</sup> Malgré la fréquence et le coût de cette pathologie, le parcours de soins des femmes atteintes est méconnu. En particulier les déterminants individuels qui conduisent aux soins sont inconnus, la proportion exacte des soins entrepris, ou leurs résultats, n'ont pas été étudiés en population générale (c'est-à-dire hors d'un recrutement par des structures de soins).

### Objectifs

Notre objectif principal est d'analyser quels sont les déterminants individuels (gravité des troubles bien sûr mais aussi relations sociales et caractéristiques socio-économiques) qui conduisent à la demande de soins dans le domaine de l'incontinence urinaire de la femme après 50 ans. Notre second objectif est l'étude des déterminants de l'incidence de l'incontinence urinaire, cette seconde analyse ne sera pas traitée ici.

### Méthodes

Notre population est constituée de 4000 femmes âgées de 55 à 69 ans participant à la cohorte GAZEL (salariées d'EDF-GDF) volontaires pour répondre à des auto-questionnaires de santé. Elles ont été incluses entre 1990 et 1999 et sont interrogées tous les 3 ans depuis. Une question posée depuis l'inclusion permet de suivre l'incidence de l'incontinence urinaire. Les femmes incluses entre 1990 et 1996 ont déjà été interrogées en détail en 2000 sur l'incontinence urinaire, la qualité de vie spécifique et le souhait de traitement, 2640 femmes ont répondu à ce questionnaire en 2000.<sup>3,4,5</sup>

Les données ont été collectées en 2008 à travers un nouveau questionnaire qui portait sur les troubles urinaires et les soins médicaux entrepris depuis 2000 pour l'incontinence urinaire.

Les déterminants du recours aux soins analysés sont les caractéristiques socio-démographiques des femmes (âge, diplôme, profession, revenus du ménage, statut marital, taille de la famille, lieu de résidence), les relations sociales (support social, vie associative), la gravité de l'incontinence urinaire en 2000 et son impact sur la qualité de vie, le mode de vie (consommation de tabac, d'alcool, exercice physique), le suivi médical habituel (médecin responsable du suivi gynécologique, spécialité et sexe) relevé depuis 1990, l'état de santé autre qu'urinaire (maladies chroniques de type diabète, hypertension artérielle, histoire dépressive, santé perçue).

La satisfaction sera estimée à différents niveaux du parcours de soin : premier contact avec les professionnels de santé en rapport avec les troubles, soulagement de la douleur en cas de traitement chirurgical, soulagement des troubles après traitement. Elle sera mise en relation avec les caractéristiques des femmes et de la pathologie.

<sup>1</sup> Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93:324-30.

<sup>2</sup> Lecomte D. Rapport 2003 : Aides techniques aux personnes handicapées : Situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge. [http://archives.handicap.gouv.fr/point\\_presse/rapports/lecomte/part2.pdf](http://archives.handicap.gouv.fr/point_presse/rapports/lecomte/part2.pdf).

<sup>3</sup> Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectional study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort. *Neurourol Urodyn* 2006;25:696-702.

<sup>4</sup> Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piaux S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-sectional study among 2625 perimenopausal women. *BJOG* 2005;112:1646-51.

<sup>5</sup> Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Mode of Delivery and Fecal Incontinence at Midlife: A Study of 2,640 Women in the GAZEL Cohort. *Obstet Gynecol* 2007;110:31-38.

### **Plan d'analyse pour les déterminants du recours au soin**

Sur les 3907 femmes contactées nous avons reçu 3220 réponses (82%). Parmi les 2640 femmes qui avaient répondu au questionnaire urinaire de l'année 2000, 2273 (86%) ont répondu de nouveau en 2008 et constituent notre échantillon pour cette analyse en cours.

Dans un premier temps nous présenterons les caractéristiques démographiques (âge, diplômes, profession, revenus, statut marital) et médicales (BMI, diabète, ATCD chirurgicaux, parité) des répondentes et non répondentes ainsi que les principaux symptômes urinaires (incontinence urinaire, sévérité de l'incontinence urinaire selon Sandvik, demande de soin, score de qualité de vie générale, score de qualité de vie spécifique) déclarés en 2000. Une comparaison entre répondentes et non répondentes sera effectuée.

Le recours au soin pour l'incontinence urinaire depuis l'année 2000 est décrit par plusieurs indicateurs allant du plus simple au plus invasif : la consultation médicale pour incontinence urinaire, la mise en œuvre d'un traitement pour l'incontinence urinaire, la réalisation d'une intervention chirurgicale pour l'incontinence urinaire.

Le parcours de soin sera décrit (nombre de consultations, traitement entrepris) ainsi que la satisfaction des patientes.

Les déterminants du recours aux soins étudiés sont les principales caractéristiques démographiques, médicales et urinaires de l'année 2000 rappelées au paragraphe précédent. Une analyse bivariée puis multivariée sera entreprise pour chaque définition du recours au soin (consultation, traitement, chirurgie). Les premiers résultats de l'analyse bivariée montrent que les caractéristiques associées à la consultation pour incontinence urinaire sont l'âge, les pathologies médicales associées, l'incontinence urinaire déclarée en 2000, les symptômes hormonaux, les troubles de l'humeur, la fatigue, l'état de santé perçue et la qualité de vie.

**Responsabilité financière des patients ou des médecins ?  
Analyses théorique et empirique.**

*Porteur du projet : Izabela Jelovac*

**Simona Grassi<sup>a</sup>, Izabela Jelovac<sup>b</sup>, Philippe Polome<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> *Institut d'Economie et de Management de la Santé, Université de Lausanne, Lausanne*

<sup>b</sup> *UMR5824 - Groupe d'Analyse et de Théorie Economique Lyon St Etienne (GATE Lyon St Etienne), CNRS - Université de Lyon, Ecully*

Le thème central du projet est la perception de la part des patients du lien possible entre rémunération et comportement des médecins.

Une première partie de ce projet étudie la préférence des patients entre deux mesures de contrôle des dépenses médicales : Celles qui touchent au portefeuille des patients et celles qui touchent aux revenus des médecins. La question est de déterminer si les patients anticipent ou non une modification du comportement de leur médecin si les revenus de celui-ci dépendaient négativement de la quantité de traitements prescrits. Un modèle théorique identifie les facteurs ayant un impact potentiel sur ces préférences entre responsabilisation financière des patients et responsabilité financière des médecins, à savoir le niveau de revenus, l'accès à l'information, l'état de santé, l'aversion au risque santé, l'aversion au risque financier, et la qualité de la relation entre le patient et son médecin. Une étude empirique basée sur les résultats d'une enquête en population générale a pour but de tester empiriquement ces prédictions théoriques. Le questionnaire de cette enquête a été rédigé et soumis à l'institut de sondage CSA pour sa réalisation. Les résultats de l'enquête sont attendus courant janvier 2011. Le modèle théorique qui correspond à cette première partie ainsi que le questionnaire complet pour l'enquête seront présentés lors du séminaire de mi-parcours.

La deuxième partie du projet, essentiellement théorique, s'intéresse à l'interprétation de la part des patients des choix de carrière que font les médecins lorsque ceux-ci ont le choix entre plusieurs types d'organisation de leur travail et plusieurs modes de rémunération. Quand les médecins ont le choix entre une organisation de type HMO (avec des revenus moins élevés, plus de contrôle sur leur activité, moins de concurrence entre médecins et des tarifs plus faibles pour les patients) ou de type PPO (avec des revenus plus élevés, moins de contrôle sur leur activité, plus de concurrence entre médecins et des tarifs plus élevés pour les patients), la question est de savoir quels types de patients choisissent HMO versus PPO, anticipant les profils professionnels des médecins choisissant HMO versus PPO. L'analyse est en cours et le modèle de base sera décrit lors du séminaire de mi-parcours.

## Comportement de prescriptions et qualité des soins en médecine générale de ville.

Porteur du projet : Bruno Ventelou

**Bruno Ventelou**<sup>a,b</sup>, **Pierre Verger**<sup>b,c</sup>, **Yann Videau**<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> U912 - Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés (SE4S), Inserm - Université Aix Marseille II - Institut de Recherche pour le Développement, Marseille

<sup>b</sup> UMR6579 - Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille (GREQAM), CNRS - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Université Aix-Marseille II et III, Marseille

<sup>c</sup> Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA), Marseille

Le projet de recherche visait à mieux comprendre les déterminants de l'investissement des médecins généralistes dans une démarche-qualité, perceptible par exemple à travers l'engagement dans la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), les pratiques d'organisation des consultations (durée), et plus intrinsèquement dans l'usage des référentiels et recommandations qui leur sont disponibles. Le projet visait aussi, toujours en lien avec la qualité du soin, à documenter les variétés de pratiques de prescription et notamment à mettre en relief l'impact du niveau de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques sur leur prescription par les médecins. La collecte de donnée a été réalisée en 2009. Nous pouvons désormais aborder le sujet par différents sous-points.

Nous présenterons :

**A** - Les résultats obtenus les comportements de prescription de produits pharmaceutiques, grâce à deux « vignettes » (cas de diabète et cas de dépression), proposées aux médecins du panel 5 régions  
Degré d'avancement : le point A correspond à des articles d'ores et déjà acceptés<sup>1</sup>.

**B** - Des travaux en cours sur les Recommandations de Bonne Pratique (<sup>2</sup>)

Degré d'avancement : le point B, sur les RBP, correspond à des articles soumis (+ un article en cours d'écriture sur le lien burn-out / usage des RBP).

**C** - Des travaux en cours sur le lien Rémunérations – Démarche qualité (formation à l'ETP, prévention)<sup>3</sup>

Degré d'avancement : recherches en cours (collecte de données effectuée, phase d'écriture des papiers).

**D** - Peut-être, un travail sur l'évaluation des effets des hausses de tarif de consultation sur l'offre de travail (durée totale et durée de consultation... : secteur 1 et secteur 2)

Degré d'avancement : recherches en cours (collecte de données effectuée, phase d'écriture des papiers ; ce thème de recherche est développé par l'équipe depuis quelques années, avec des publications qui peuvent être renouvelées par l'apport de nouvelles données<sup>4</sup> ou de nouvelles méthodes<sup>5</sup>).

<sup>1</sup> Pierre Verger et al, « Drug reimbursement and GPs' prescribing decisions: a randomized case-vignette study », *Fundamental & Clinical Pharmacology*.

Pierre Verger et al, "An examination of GPs' rhythm of practice: a case-vignette to study the substitution effect between the length of consultation and drug prescribing practices", *Healthcare Policy*, in press.

<sup>2</sup> Thèse de doctorat d'Isabelle Clerc.

<sup>3</sup> Thèse de doctorat de Yann Videau.

<sup>4</sup> Clerc I, L'Haridon O, Paraponaris A, Protopopescu C, Ventelou B. Fee-for-service payment and consultation length in general Practice. A work-leisure trade-off model for French GPs, *Applied Economics* 2010 (à paraître).

<sup>5</sup> Chanel, O., A. Paraponaris, C. Protière, S. Rolland et B. Ventelou, Eliciting Consumption-Leisure tradeoff via "contingent valuation": the case of self-employed GPs.

# Faire vivre le rôle de professionnel-gestionnaire dans les pôles d'activité des hôpitaux français. Enjeux, difficultés, succès.

Porteur du projet : Annick Valette

## **Annick Valette**

UMR5820 - Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Gestion (CERAG), CNRS - Université Pierre Mendès France, Grenoble

### **1 - Rappel des objectifs de départ.**

Nos travaux ont comme objectif de regarder comment les médecins nommés responsables de pôles dans les établissements de Santé s'acquittent de leur nouveau rôle. Depuis 2007, les chefs de pôle sont les fers de lance de la maîtrise médicalisée des dépenses. Si l'activité du chef de pôle s'inscrit pour part dans la continuité de la chefferie de service, elle exige toutefois une activité de gestion plus importante : Les unités à gérer sont plus grandes, les chefs de pôle doivent maîtriser de nouveaux dispositifs de gestion et en particulier la technique budgétaire, ils doivent collaborer non seulement avec un cadre supérieur de Santé mais aussi un responsable administratif, ils doivent assumer auprès des autres médecins les arbitrages de dépense. Leur activité est ainsi plus hybride. Comment les médecins s'acquittent-ils de cette activité hybride ? Avec quelles conséquences sur leur rôle ? Sur leur identité ?

### **2 - Des choix de conceptualisation**

D'un point de vue théorique, nous avons choisi d'amorcer le travail avec quelques outils « conceptuels » :

- Une entrée par les conflits. L'hybridation des rôles (clinique-gestion) est souvent analysée en terme de conflits, conflits d'attentes, conflits identitaires, conflits de compétences. Il y a t'il conflit ? Avec quelles conséquences pour l'individu ? Pour l'organisation ?
- Une entrée par le rôle, défini comme la position d'un individu et des attentes attachées à cette position (Katz et Kahn, 1978). Dans une organisation peu prescriptive reposant sur une forte autonomie professionnelle, comment se fait l'ajustement des individus aux rôles ?
- Une entrée par l'identité. Nous faisons l'hypothèse qu'au-delà des enjeux de compétences, ce nouveau rôle présente des enjeux identitaires. Un nombre croissant de travaux s'intéressent au « travail identitaire ». Dans quelle mesure, l'hybridation des rôles se traduit-elle par un travail d'hybridation identitaire ?

### **3 - Méthodes**

Le travail se fait sur 3 établissements, deux CHU et un CH.

Il procède par entretiens de responsables de pôles, entretiens avec les collaborateurs, entretiens avec la direction et observations de réunions de pôles.

### **4 - Des éléments de résultats intermédiaires. L'exploitation des résultats s'est faite principalement sur un des CHU. Perspective descriptive.**

#### Quelques constats généraux :

- Les responsables de pôle sont des « désignés volontaires » qui montrent une pudeur à se « dire » actifs dans la désignation. Ce sont plutôt des deuxièmes parties de carrière. Il n'y a pas de « rupture » par rapport aux pratiques antérieures.
- Pas de standardisation dans les discours sur le contenu des rôles (il n'y a pas de discours officiel des hôpitaux). Toutefois la « gestion de projet » est fortement valorisée, « l'administration » est le sale boulot, la gestion des hommes, ce qui plait ou ce qui pousse à quitter le poste. Peu de discours sur la gestion « transversale ».
- Discours très fréquent de déception. « J'aurais aimé être chef d'entreprise, je suis animateur d'équipe ». « On nous a menti sur la délégation ». Ne perçoivent pas leur valeur ajoutée dans l'organisation d'ensemble (discours très différents de celui de la direction).
- Rien n'est mis en place pour favoriser l'adoption de ce nouveau rôle (recrutement, formation, accompagnement...). Les individus se débrouillent avec ce qu'ils savent, avec ce qu'ils sont. Rôle toutefois important du responsable administratif et soignant dans l'apprentissage.

#### Focus sur rôle-exigé, rôle tenu :

- Au CHU de Grenoble, la typologie de Nicholson (1984) a été appliquée pour analyser les écarts entre les rôles requis et ce que sont les individus ainsi les stratégies menées pour améliorer l'adéquation. Les individus se répartissent majoritairement entre les stratégies de réplication (faible déplacement individuel, faible déplacement de rôle), détermination (fort déplacement de rôle, faible déplacement personnel), absorption (faible déplacement de rôle, fort déplacement personnel), un seul cas démissionnaire a été placé en exploration (fort et fort).

#### Focus sur l'hybridation :

- La tension clinique/gestion est ressentie par la plupart des chefs de pôle. Elle se traduit par des « paradoxes » en terme de critères de performance, d'organisation de l'activité, de liens de loyauté et de valeurs. Certains trouvent des arrangements pour « transcender ces paradoxes » (je fais de la gestion comme un chirurgien) d'autres développent un discours de souffrance, de schizophrénie qui s'accompagnent de « désir de démission » (pas toujours mis en œuvre). Entre les deux, certains médecins continuent à s'affirmer comme médecins (je suis médecin, je ne suis pas gestionnaire), d'autres minimisent ou tiennent à distance ces contradictions. Il n'y a pas de discours simple de « souffrance systématique » ou de vertu incontestable de ces nouveaux rôles.

#### Focus sur l'identité :

- Les médecins s'identifient globalement peu au rôle. Il s'agit de « faire de la responsabilité de pôle » plutôt qu'« être responsable de pôle ». Il n'est pas nécessaire pour un médecin de s'identifier (fortement) à son rôle pour pouvoir assurer ses missions. L'identification procure un confort supplémentaire. En revanche, lorsque le rôle entre en conflit avec la personne, il peut y avoir des répercussions sur son activité. On observe au fil du temps des renforcements ou des affaiblissements d'identification. Ces évolutions peuvent être imputées à la nouveauté du rôle, au manque d'efforts d'institutionnalisation (formation, réunions de RP,...), au poids de la collaboration avec les cadres ou représentants de la direction.

**Influence de la qualité de l'information médicale délivrée sur la satisfaction du patient hospitalisé : qualité du partage de l'information médicale entre médecins et autres soignants, besoins spécifiques des populations vulnérables.**

*Porteur du projet : Pierre Lombrail*

**Leïla Moret, Emmanuelle Anthoine, Pierre Lombrail**

*Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique (PIMESP), CHU de Nantes - Hôpital Saint-Jacques, Nantes*

La place accordée à l'information médicale a évolué pour devenir un élément majeur de la qualité de la prise en charge. Elle conditionne l'adhésion au traitement et les capacités d'adaptation à la maladie et repose en grande partie, à l'hôpital, sur l'amélioration de la communication entre professionnels de santé médecins et paramédicaux intervenant auprès du patient. Ce projet comporte 2 parties distinctes : un 1er axe étudie les pratiques médicales et soignantes de partage des informations médicales concernant le patient, les obstacles et les facteurs facilitant ce partage, et le lien avec la satisfaction du patient vis-à-vis de l'information délivrée et des relations perçues avec l'équipe soignante. Comme il semble par ailleurs exister une différenciation sociale d'accès à l'information, un 2nd axe complémentaire s'intéressera à l'étude des besoins spécifiques des populations vulnérables en matière d'information médicale et à leur degré de satisfaction vis-à-vis de celle-ci. Les résultats présentés concernent les travaux relatifs au 1er axe de travail.

**Méthode :**

Les données recueillies ont comporté en parallèle :

- une enquête de satisfaction des patients hospitalisés vis-à-vis de l'information médicale délivrée (questionnaires standardisés validés – EQS-H®<sup>1</sup> et SAPHORA-MCO®<sup>2</sup>) ;
- une auto-évaluation par les professionnels médecins, infirmiers et aide-soignants de leur perception des relations et de la communication au sein de l'équipe, centrée sur la délivrance de l'information à caractère médical (questionnaire construit à dire d'experts et après analyse de la littérature en 3 parties : qualité perçue du partage entre professionnels, obstacles au partage, outils disponibles ou souhaités pour améliorer le partage, communication globale dans le service).

Vingt-six unités MCO et SSR ont donné leur accord pour participer au recueil des données qui s'est déroulé du 1er juin au 10 juillet 2009.

Travaux réalisés :

- 1- développement et validation d'un outil s'intéressant spécifiquement à l'évaluation de la communication médecins/soignants vis-à-vis de l'information délivrée au patient. Aucun outil de ce type validé en langue française n'a été retrouvé dans la littérature.
- 2- description des pratiques perçues par les professionnels relatives au partage de l'information et de la satisfaction des patients.
- 3- recherche des facteurs explicatifs du partage (en vue de la mise en place d'un groupe d'amélioration des pratiques).
- 4- modélisation du lien entre satisfaction du patient et partage de l'information.
- 5- description de la satisfaction des patients hospitalisés.

**Résultats :**

534 professionnels de santé et 1163 patients ont renseigné les questionnaires.

1- Le score développé est composé de 3 dimensions : partage de l'information (5 items), relation avec les médecins (4 items) et relation avec les soignants (4 items) identifiés par une ACP avec rotation varimax. Ces 3 dimensions expliquent 63.7% de l'information contenue dans ces 13 items. Les coefficients  $\alpha$  de Cronbach étaient  $>0.80$ . La validité convergente, discriminante et la sensibilité au changement ont été vérifiées<sup>3</sup>. Un modèle d'équations structurelles par l'approche PLS a été mis en œuvre. Un article est en cours de relecture.

<sup>1</sup> Moret L, Nguyen JM, Pillet N, Falissard B, Lombrail P, Gasquet I. Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care : a better response rate and a reduction of the ceiling effect. BMC Health Services Research.

<sup>2</sup> Article de validation SAPHORA-MCO.

<sup>3</sup> Coste J, Fermanian J, Venot A. Methodological and statistical problems in the construction of composite measurement scales : a survey of six medical and epidemiological journals. Statistics in medicine.

2- Plus de 98% des soignants considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans l'information du patient. Si les médecins sont toujours légitimes dans ce rôle, 97% des infirmières et des aide-soignants le pensent également. Le partage systématique et structuré de l'information délivrée au patient est rare, que ce soit entre médecin et infirmier ou entre infirmier et aide-soignant. La collaboration est rare (<30% des réponses) entre les différents professionnels de l'équipe pour décider des informations à délivrer au patient.

3- Le manque de temps est le premier obstacle au partage de l'information entre professionnels. Les facteurs significativement et positivement associés au partage de l'information entre les professionnels étaient l'existence d'un ou de plusieurs temps d'échange planifiés dans le service et le fait d'écrire les informations médicales délivrées au patient dans le dossier patient.

4- Lorsque l'on se place au niveau du service, le score de satisfaction vis-à-vis de la clarté des informations est corrélé positivement et significativement avec le score de partage de l'information ( $p=0.03$ ). La recherche d'un modèle plus élaboré est en cours.

5- Les scores moyens de satisfaction (EQS-H®) sont de 56.8%(±6.4) pour la clarté des informations délivrées et de 67.7%(±6.1) pour les relations avec le personnel soignant. Le score moyen (SAPHORA-MCO®) de communication avec les professionnels de santé était de 67.5%(±4.8) et le score d'attitude des professionnels de santé de 84.8%(±3.7). Respectivement 21.4% et 23.6% des patients pensent que les informations reçues vis-à-vis des effets indésirables possibles du traitement d'une part et les informations reçues concernant les complications possibles lors des examens sont mauvaises.

### **Perspectives :**

Les résultats de ce travail montrent qu'à l'évidence, la question du partage de l'information médicale entre professionnels renvoie à la qualité des organisations de travail, des relations et des rôles de chacun au sein de l'équipe. De nombreuses pistes d'amélioration ont été proposées par les professionnels et seront reprises par le groupe d'amélioration qui débutera ses travaux au 1er trimestre 2011.

Il reste ensuite à mettre en œuvre le 2nd axe de travail en étudiant notamment les représentations des professionnels médecins et soignants et leurs attitudes en matière d'information des patients en situation de vulnérabilité (grand âge, précarité sociale).

**La plainte en matière médicale. Une étude au sein du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux créé, en France, par la loi du 4 mars 2002.**

*Porteur du projet : Janine Barbot*

**Janine Barbot<sup>a</sup>, Isabelle Parizot<sup>b</sup>, Myriam Winance<sup>a</sup> (avec la collaboration d'Isabelle Cailbault et de Vanessa Thérin)**

<sup>a</sup> UMR8211 / U988 - Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3), Inserm - CNRS - Université Paris Descartes - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Villejuif

<sup>b</sup> UMR8097 - Centre Maurice Halbwachs, CNRS - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Ecole Normale Supérieure, Paris

En France, les procès intentés contre les médecins ont été, depuis le début des années 1970, au centre de débats particulièrement vifs. Au tournant des années 2000, la loi dite « Kouchner » a créé un dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, affichant plusieurs objectifs : (1) déjudiciariser les soins, en organisant, pour les victimes, une voie de recours qui soit alternative aux procès ; (2) réduire les inégalités sociales dans l'accès à la réparation, en proposant, dans le cadre de ce dispositif, la gratuité de l'expertise médicale et la rapidité du règlement amiable (face à des procédures contentieuses réputées longues et coûteuses pour la plupart des victimes) ; (3) rétablir la confiance entre les acteurs du système de santé en créant des commissions spécialisées, dont la composition se prévaut du modèle de la démocratie sanitaire (représentants d'associations de malades et de victimes, de professionnels et d'établissements de santé, d'assureurs). Le dispositif de règlement amiable a reçu depuis sa création environ 20.000 demandes, et constitue aujourd'hui un lieu central d'observation concernant la *plainte en matière médicale* et les nouvelles *formes de régulation* au sein du système de santé. Notre programme vise, notamment, (1) à analyser les profils sociaux des personnes recourant au dispositif et rendre compte des parcours de leur plainte (en termes d'obtention, ou non, d'un avis positif d'indemnisation, par exemple); (2) à analyser la manière dont les personnes s'estimant victimes d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, imputent des responsabilités, définissent leur état de santé et de vulnérabilité sociale, expriment des attentes à l'égard du dispositif et, parfois, en contestent les décisions.

L'équipe de recherche a été formée, au début du programme, sur la base d'une complémentarité des chercheurs tant du point de vue méthodologique (analyse statistique, analyse de contenu) qu'au regard de leurs domaines de recherches (handicap, inégalités sociales, transformations du monde médical). Une convention de coopération scientifique a été conclue entre l'INSERM et l'ONIAM (l'office national d'indemnisation des accidents médicaux) pour encadrer l'accès aux données. Ce programme a obtenu le soutien de l'ANR, de l'IRESP et de la HAS.

Nos premiers résultats sont issus, tout d'abord, de l'analyse statistique des caractéristiques sociales des 27.000 personnes (essentiellement des patients et leurs familles) qui se sont engagées (à un titre ou à un autre) dans les 18.258 demandes d'indemnisation portées devant le dispositif de règlement amiable depuis sa création, et jusqu'en avril 2009. Ils portent également sur l'analyse menée (à l'aide du logiciel N'Vivo) sur un corpus de lettres (échantillon de 800 dossiers), relatant les faits incriminés et la nature des dommages subis par la personne s'estimant victime d'un accident médical, ses ayants droit ou ses représentants légaux.

## Projet MALIS : Mesure de l'Acceptabilité des risques Liés aux Soins en France.

Porteur du projet : Philippe Michel

**Léa Nitaro<sup>a</sup>, Tamara Roberts<sup>b</sup>, Jean-Luc Quenon<sup>c</sup>, Bruno Quintard<sup>a</sup>, Philippe Michel<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> EA4139 - Laboratoire de Psychologie : Santé et Qualité de Vie, Université Victor Segalen, Bordeaux

<sup>b</sup> EA495 - Laboratoire d'analyse des problèmes sociaux et de l'action collective (LAPSAC), Université Victor Segalen, Bordeaux

<sup>c</sup> Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA), Hôpital Xavier Arnozan, Pessac

**Contexte** : Les risques liés aux soins (risques péri-opératoires, risque infectieux, risques liés aux produits de santé, etc.) constituent par leur fréquence l'un des premiers risques pour la santé. La gestion de ces risques vise à le réduire à un niveau acceptable. Le concept d'acceptabilité du risque, dont la définition et les déterminants ne sont pas consensuels, fait appel à la perception par les différents acteurs des risques eux-mêmes mais également à leur perception des activités de soins et de la politique de gestion des risques. Ainsi, la perception des risques par les acteurs, et notamment de leur acceptabilité, devrait être l'un des fondements de la définition de priorités en matière de sécurité des soins. Or, à ce jour, elle n'a jamais fait l'objet d'une mesure dans le domaine des risques liés aux soins, et il n'existe pas de modèle connu à même de la mesurer.

**Objectifs** : L'objectif principal de MALIS était de mesurer l'acceptabilité sociale du risque, et d'étudier ses composantes, à travers l'examen d'une littérature large et pluridisciplinaire. Les trois objectifs opérationnels étaient de construire un modèle conceptuel définissant l'acceptabilité des risques liés aux soins, d'élaborer un outil de mesure permettant d'évaluer ses principaux déterminants psychosociaux, et de l'appliquer à deux populations : la population générale et les médecins (libéraux et hospitaliers). Nous présenterons les résultats correspondants aux deux premiers objectifs.

**Méthode** : Une revue critique de la littérature a recensé les contributions théoriques relatives à l'étude du risque et de son acceptabilité, les théories, les outils existants et les facteurs potentiellement associés à la perception et à l'acceptabilité des risques. Une exploration systématique des banques de données bibliographiques internationales issues du domaine médical, épidémiologique, et des sciences humaines et sociales a été réalisée en langue française et anglaise (Psycarticles, SocIndex, ScienceDirect, Psycinfo, Cairn, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Persee, MEDLINE, Francis, BDSP -Banque de Données de Santé Publique-). Les critères d'inclusions étaient : pertinence du résumé en lien avec la thématique de la recherche ; qualité et pertinence de la méthode ; le cas échéant population étudiée (population générale, patients). Cette revue a été complétée par des entretiens auprès d'experts. Ensuite, cinq focus group composés de membres de la population générale, de médecins hospitaliers et généralistes ont été conduits afin d'étudier la pertinence du modèle conceptuel et des variables identifiées, de réduire la taille du questionnaire et d'en étudier la validité face-à-face. Un groupe d'experts français a enfin analysé la validité de contenu du modèle et du questionnaire de mesure.

**Résultats** : Parmi 300 références, 201 ont été retenues. Il n'existait aucune publication donnant un cadre conceptuel de l'acceptabilité des risques en santé. A partir des contributions théoriques à l'étude du risque, de sa perception, de ses représentations et de son évaluation, mais aussi des comportements de santé associés, les composantes de l'acceptabilité des risques liés aux soins ont été répertoriées selon qu'ils se focalisaient sur l'individu et ses spécificités, ou sur les logiques sociales à l'œuvre. Un cadre conceptuel intégrant l'ensemble des variables sélectionnées au sein de la littérature en les ordonnant en trois catégories qui font référence aux trois grands courants explicatifs des conduites a été élaboré<sup>1</sup> : le courant situationnel (variables contextuelles), le courant dispositionnel (variables stables de la personnalité) et le courant transactionnel (perceptions et réactions actuelles d'un sujet effectivement confronté à un risque). Un premier questionnaire était constitué de variables caractérisant le répondant et de trois scénarios présentant des situations

<sup>1</sup> Ces trois grands courants sont réunis dans l'approche intégrative et multifactorielle développée par Bruchon-Schweitzer inspirée de la conception transactionnelle du stress développée par Lazarus et Folkman.

Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris, Dunod; 2002.

Bruchon-Schweitzer M. Concepts et modèles en psychologie de la santé. Recherche en soins infirmiers. 2001; 67 : 4-39.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New-York: Springer ; 1984.

fréquentes d'événements indésirables graves (EIG) et permettant d'étudier les variables spécifiques à un EIG. Des échelles de mesure validées ont été utilisées pour la plupart des variables. Une procédure de sélection des variables les plus pertinentes et une validation face-à-face ont été faites grâce aux focus group et au groupe national d'experts qui a validé le contenu de l'outil.

**Perspectives** : La phase correspondant au troisième objectif opérationnel est en cours. Le recueil auprès d'échantillons tirés au sort de 1000 personnes en population générale, de 200 médecins hospitaliers et de 200 ayant une activité uniquement extrahospitalière est terminé.

L'analyse des données sera qualitative pour les focus group et quantitative pour l'enquête. Elle s'attachera à décrire le degré d'acceptabilité sociale des risques liés aux soins, à en identifier les facteurs associés et à expliquer les divergences/convergences possibles entre ces deux types de populations. L'analyse consistera également en une validation métrologique de l'outil.

A terme, cette recherche devrait permettre d'adapter les modes de gouvernance en matière de prévention et d'information sur l'acceptabilité des risques liés aux soins (légitimité des activités, crédibilité des institutions, confiance dans les acteurs...) au plus près des perceptions des sujets concernés.

**Projet INTERMEDE : Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé. Analyses interdisciplinaires.**

Porteur du projet : *Thierry Lang*

**Thierry Lang<sup>a</sup>, Monique Membrado<sup>b</sup>, Anne Condamines<sup>c</sup>, Cécile Fabre<sup>c</sup>, Jean-Paul Génolini<sup>d</sup>, Pascal Marchand<sup>e</sup>**

<sup>a</sup> U558 - Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps, Inserm - Université Paul Sabatier, Toulouse

<sup>b</sup> UMR5193 - Laboratoire Interdisciplinaire, Solidarités, Sociétés, Territoires (LISST), CNRS - Université de Toulouse Le Mirail - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Toulouse

<sup>c</sup> UMR5263 - Cognition, Langues, Langage, Ergonomie (CLLE), CNRS - Université de Toulouse Le Mirail, Toulouse

<sup>d</sup> EA3690 - Sports, Organisations, Identités (SOI), Université Paul Sabatier, Toulouse

<sup>e</sup> EA827 - Laboratoire d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (LERASS), Université Paul Sabatier, Toulouse

**L'objectif** principal du projet est d'étudier les interactions médecin-patient, en médecine générale et croiser les regards disciplinaires pour tenter de comprendre comment elles contribuent ou non à la construction d'inégalités sociales de santé<sup>1</sup>. Il associe des méthodes qualitatives qui portent sur 83 consultations et quantitatives (585 questionnaires auprès de 27 médecins).

### **Analyses en cours**

Une première analyse sociologique a permis de dégager des « modes d'agir ensemble » et d'identifier une partition des patients organisatrice de régimes d'action.

Dans la suite de ce premier travail, les sociologues se proposent de mettre en lumière, un certain nombre d'enjeux sociaux autour de la confiance, de la reconnaissance et de la valeur sociale de l'individu<sup>2</sup>.

Enfin une dernière approche<sup>3</sup> analyse, dans la pratique ordinaire des médecins, la façon dont se déploient les recommandations d'hygiène.

L'étude linguistique porte sur les transcriptions des consultations médicales en utilisant des méthodes statistiques d'analyse de corpus. Elle a établi un ensemble de paramètres interactionnels à partir de traits linguistiques repérés automatiquement (longueur des échanges, alternance des tours de parole, taux de vocabulaire partagé, chevauchements, etc.).

Les analyses épidémiologiques portent sur la discordance entre médecins et patients en matière de santé perçue, de conseils et d'informations données pendant la consultation. De fortes concordances entre médecins et patients ont été observées pour les aspects 'concrets' de la consultation, comme les actions entreprises (la prise de tension, la mesure du poids et l'auscultation) et la présence d'une HTA ou d'une hypercholestérolémie. En revanche, des discordances entre patients et médecins étaient notées pour les conseils sur la nutrition, la perte de poids et la pratique d'une activité physique<sup>4</sup>. Il y a une forte association entre le niveau d'études du patient et le fait d'être en accord/ désaccord avec son médecin sur la santé perçue du patient<sup>5</sup>.

**Analyses partagées** : Il est un peu tôt dans le calendrier du projet, mais une hypothèse semble se dessiner des différentes approches disciplinaires, concernant les interactions autour de la nutrition. A la différence des autres thèmes, y compris ceux concernant l'alcool et le tabac, l'interaction et les échanges autour de la nutrition et l'alimentation semblent relever « de la conversation ordinaire », non

<sup>1</sup> Kelly-Irving M., Rolland C., Afrite A., Cases C., Dourgnon P., Lombrail P., Pascal J., Lang T.. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. BMC Health Services Research 2009, 9:66-73

<sup>2</sup> M. Membrado La confiance et les enjeux de la reconnaissance : l'exemple de l'interaction médecin-patient en médecine générale. (Soumis)

<sup>3</sup> Génolini JP., Roca R., Rolland C., Membrado M. L' « éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique dans la relation de soins.(Soumis)

<sup>4</sup> Schieber A. C., Kelly-Irving M., Rolland Ch., Afrite A., Cases Ch., Dourgnon P., Lombrail P., Pascal J., Lang T. Do doctors and patients remember the same elements of the cardiovascular risk-factors' management after the consultation? the INTERMEDE study. British Journal of General Practice (in press)

<sup>5</sup> M. Kelly-Irving, C. Delpierre, A-C. Schieber, A. Afrité, J. Pascal, C. Cases, P. Lombrail, T. Lang. Doctor/ patient interaction in general practice and the production of health inequalities : Shared values and shared expectations in the INTERMEDE project. (Soumis)

médicalisée, que le patient et le médecin semblent considérer comme ne relevant pas à part entière de la consultation.