

# Qu'attendent les usagers ?

**Une étude récente : « les transformations actuelles de l'offre de soins en médecine générale correspondent-elles aux préoccupations des usagers de la médecine générale ? »<sup>1</sup> permet d'y réfléchir.**

**Marie Kayser,** médecin généraliste Cette étude ne porte pas sur la formation des médecins, mais s'intéresse à l'importance accordée par les usagers aux différents aspects du soin ; quarante aspects du soin ont été répertoriés par les auteurs et regroupés en cinq grandes dimensions : qualité clinique perçue, relation médecin patient, organisation du soin, caractéristiques de la structure et du médecin. Les usagers ont été recrutés en fonction de caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe, lieu de résidence, (les catégories socioprofessionnelles n'ont pas été un critère).

**Sur les sept aspects du soin en médecine générale définis par les usagers comme composant le cœur de leurs préoccupations, cinq réfèrent à la relation médecin-patient** avec les items : « Obtention d'informations sur le problème de santé – Le médecin connaît l'histoire médicale du patient – Le médecin écoute le patient - La clarté des explications - Obtention d'informations sur le traitement ». « L'obtention d'informations sur le problème de santé » semble constituer la principale priorité pour près de 80 % des usagers. Les auteurs rapprochent ces réponses de celles, similaires, d'une étude analogue réalisée auprès de 3 540 patients dans différents pays européens. Ils concluent que « l'existence d'une relation durable entre le médecin et son patient semble constituer un pré requis à l'instauration d'une relation de confiance permettant l'échange d'information. »

**L'autre grande dimension du soin, du point de vue des usagers, est la qualité clinique** avec les items « Minutie de l'examen clinique », « Réalisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé », capacité du médecin à « Répondre aux conséquences physiques du problème de santé » (douleurs - gênes). Les auteurs rappellent qu'il y a débat dans la littérature internationale sur la capacité des patients à évaluer la qualité clinique des soins reçus ; les études de satisfaction montrant généralement « une faible sensibilité du point de vue des usagers aux variations de la qualité clinique du soin ». Ils soulignent que leur étude permet de faire ressortir la qualité clinique perçue comme une préoc-

cupation majeure des usagers à côté de la relation médecin-patient, celle-ci n'étant « pas suffisante pour assurer un soin de qualité ».

**La coordination des soins par les médecins généralistes est désignée aussi comme un des aspects les plus importants** « Les usagers valorisent le rôle du médecin généraliste comme "aiguilleur" dans le système de santé. »

**En revanche « une faible attention est accordée aux caractéristiques du médecin et à l'organisation interne de la structure médicale »** : parmi les six aspects du soin en médecine générale pouvant être considérés comme sans importance par les usagers, cinq décrivent la structure médicale (pluriprofessionnelle ou non, pluridisciplinaire ou non) ou le médecin (sexe, âge). Les enquêtés ne montrent donc pas d'attente forte en terme de modalités d'exercice professionnel alors même que celles-ci peuvent avoir des conséquences majeures sur les aspects du soin de médecine générale qu'ils jugent primordiaux.

Les fortes attentes des usagers révélées dans cette enquête en terme de relation médecin-patient, de qualité clinique du soin et de coordination interpellent la pratique médicale et donc le contenu de la formation. Les questions de la relation médecin-patient et de l'information donnée au patient ont de tout temps été peu réfléchies au cours des études de médecine et des stages pratiques ; la clinique qui avait une place traditionnellement importante « au lit du patient » tend de plus en plus à être détrônée par les examens complémentaires. Quant à la coordination des soins, les étudiants ont relativement peu l'occasion de l'étudier et de la voir à l'œuvre dans notre système très hospitalocentré. Il est important que tous ces domaines fassent partie de l'enseignement tant théorique que pratique dès les premières années d'études de médecine. ■

1. Nicolas Kruciena, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury, « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? », QES 163, mars 2011, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>

## Petit prolongement à la question « Qu'attendent les usagers ? »

La question posée par l'étude dont Marie Kayser rend compte est une bonne question. Mais faut-il prendre la « demande » des usagers comme une donnée naturelle ? Les « attentes » des usagers, les « besoins » de la population sont évidemment les résultats de processus sociaux. Le pouvoir politique n'a malheureusement aucune réflexion sur les façons dont pourraient se construire les « attentes des usagers ».

Peut-on « peser » sur les « attentes des usagers » ? Le choix fait de laisser les questions de soins, de connaissance de son corps, de l'usage des médicaments... hors du champ de l'école est évidemment un choix qui « structure » ce que vont être les « attentes » des usagers. Le sous-développement de « l'éducation à la santé » participe du même mouvement.

Les « besoins » de la population, les « attentes des usagers »

ne sont pas des données naturelles, **Pierre Volovitch**, économiste, elles sont construites par la société. Et les choix que les politiques font (ou ne font pas) dans ces domaines (éducation à la santé à l'école ou hors de l'école) ont évidemment des conséquences sur ces « attentes ». La question de la place des médecins (et des soignants) dans l'éducation des patients étant une des questions centrales à poser.

Or sur ces questions :

- Quelle éducation dans le domaine du soin et de la santé pour les habitants de ce pays ?
- Quand, où et, par qui est apportée cette éducation ?
- Quelle place pour chaque profession dans cette éducation à la santé ?

Il n'y a pas de débat public, et donc pas non plus de politique publique explicite. —

# Une université populaire égalitaire

**La faculté de médecine actuelle reproduit une société de classes. Pour démocratiser les études de médecine, bannir élitisme et corporatisme, il faut les transformer en profondeur, les ouvrir à tous les étudiants motivés et leur fournir une boîte à outils.**

Nous sommes plus ou moins bien armés pour accompagner les patients, tout dépend de notre formation, de nos rencontres (pas forcément hospitalo-universitaires) et de notre boîte à outils. Les médecins ne sont pas tous issus du même monde et ne se forment pas tous dans le même moule, ils ne font pas tous le même métier.

Avec ma tenue de désamiantage, je démontrerais la faculté de médecine du centre ville, comme d'autres démontent des fast-foods américains, et la déplacerais sur le campus universitaire au milieu des départements des sciences humaines et sociales !

Supprimons le concours de première année, créé en 1971, et le *numerus clausus*, véritables pourvoyeurs de l'esprit de « caste ». Ouvrons la faculté de médecine à tous les bacheliers, pas seulement les scientifiques. Les étudiants doivent être interrogés sur leurs connaissances générales et pas quasi-exclusivement sur les sciences dures. Le nombre de reçus doit être déterminé en fonction des besoins de santé des populations. Encore faut-il que ceux-ci soient identifiés par les politiques.

Dissolvons les corporations officielles et créons les conditions d'une réelle démocratie étudiante pour l'épanouissement de tous. Supprimons les cours privés et rendons obligatoire l'enseignement universitaire public décloisonné, en y incluant les enseignements en philosophie et en sciences sociales. Créons des stages tous azimut dès les premières années de fac, en médecine générale, dans les centres médico-sociaux et de PMI, en médecine du

travail, en gériatrie, en pédiatrie, au **Patrick Dubreil**, médecin généraliste, planning familial, dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), afin que les rencontres professionnelles ouvrent des chemins de traverse et que l'expérience s'acquière dès le départ.

Transformons les internats en logements sociaux et offrons à chaque étudiant une boîte à outils d'artisan pour qu'il puisse apprendre les connaissances utiles à sa pratique et à sa recherche.

Surtout, donnons envie de faire ce métier en montrant aux jeunes les valeurs qui fondent notre engagement professionnel et syndical et permettent de nous épanouir : l'égalité, la tolérance, le respect, le souci de l'autre et de ses problèmes, la non hiérarchisation des rapports humains, la solidarité, la fraternité.

Pour que ces transformations soient possibles, le mouvement social en lutte contre toutes les formes d'injustice doit affronter les tenants de l'élitisme et des corporatismes<sup>1</sup>, en s'unifiant pour un véritable débouché politique et social. —

1. L'Ordre des médecins fut promulgué le 7 octobre 1940 par le régime de Vichy ; il avalisa les mesures anti-juives des nazis vis-à-vis des médecins de confession israélite.

Cet article est un extrait d'un article plus long intitulé « La faculté et la sélection de classe », publié sur le site avec le supplément au *Pratiques* 55 sur la formation des médecins : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)