



<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere>

Contact

 prospere@irdes.fr

Partenaires

IRDÉS
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

 **SFMG**
Le plaisir de comprendre

Cermes

Inserm

Prospere est financé par l'IReSP
sur un crédit attribué par la CNAMTS



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

http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/ProspereRapport2009_2010.pdf



Appel à recherches « services de santé »

Année 2008

de l'Institut de Recherche en Santé Publique

Rapport 2009-2010 pour l'équipe émergente PROSPERE

Il est demandé au coordonnateur du projet, en cumulant les éléments des éventuelles équipes participantes, d'établir un rapport sur le modèle ci-dessous et de le communiquer à l'IReSP

Avant le 15 décembre 2010

I. Renseignements administratifs et financiers

A. Identification du projet

Titre du projet de l'équipe	PROSPERE (Partenariat de Recherche pour l'Organisation des Soins de PrEmiers Recours)
Responsable scientifique de l'équipe (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Yann Bourgueil - IRDES
Référence convention/décision	
Période du projet (date début – date fin)	1 ^{er} janvier 2009 – 31 décembre 2012.
Période faisant l'objet du rapport (date début – date fin)	1 ^{er} Janvier 2009 – 31 décembre 2010
Rédacteur de ce rapport : nom	Yann Bourgueil et l'équipe Prospere
Téléphone	01 53 93 43 20
Adresse électronique	bourgueil@irdes.fr
Date	14 décembre 2010

B. Le cas échéant, indiquer la liste des personnels recrutés (ou à recruter) dans le cadre du projet

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Boisnault	Philippe	Médecin Généraliste	1 ^{er} janvier 2009 1 ^{er} juillet 2010	18 mois	CDD Honoraires
Szidon	Philippe	Médecin Généraliste	1 ^{er} janvier 2009 1 ^{er} juillet 2010	18 mois	CDD Honoraires
Duhot	Didier	Médecin Généraliste	1 ^{er} janvier 2009 1 ^{er} juillet 2010	18 mois	CDD Honoraires
Trinquard	Sébastien	Post doctorat	1 ^{er} mars 2009	2 mois	CDD
Perraudin	Clémence	Doctorante	1 ^{er} septembre 2009	2 mois	CDD
Monsieur ou Mme X		Gestionnaire de bases de données pour la gestion de l'appariement	Janvier/février 2010	18 mois	CDD

Indiquer leur devenir postérieur à leur participation au projet : intégration comme chercheur, enseignant-chercheur, ingénieur, emploi dans le privé, chômeur, etc....

C. Etablir, par rubrique et par équipe, le pourcentage de consommation des dépenses vis-à-vis de l'aide totale allouée à la date du rapport

Année 2009 (enveloppe globale 250 K euros)

Equipe	Fonctionnement	Prestations	Frais de personnels
SFMG			33
CERMES	0,5	28	5
IRDES	0,5		33
Total	1 %	28%	71%

Année 2010 (enveloppe globale 350 K euros)

Equipe	Fonctionnement	Prestations	Frais de personnels
SFMG			23
CERMES	0.5	11	11
IRDES	0.5	31%	23
Total	1 %	42%	57%

D. Le cas échéant, indiquer les différents types d'aides complémentaires obtenues grâce à ce projet.

(Il peut s'agir de ressources financières, ressources humaines, allocations de recherche,...)

Ressources Humaines

Un étudiant en thèse de santé publique, option économie de la santé : Nicolas Krucien - allocation de thèse.

Quatre internes en médecine : 1 de médecine générale et 3 de santé Publique (quatre fois 6 mois) : Marie Caroline Clément, Thomas Cartier, Henri Leleu, Charles Burdet (financement IRDES et Prospere)

Deux chef de Clinique assistant en médecine générale à temps partiel sur une année : Olivier Saint Lary (Département médecine générale PIFO), Thomas Cartier (financement IRDES en janvier octobre 2010, puis département médecine générale Faculté Xavier Bichat)

Deux internes de médecine générale en thèse de médecine : Lucile Andrée, Delphine Roussel Lapeyre (temps de thèse)

Chargée de recherche à temps partiel à l'IRDES : Isabelle Evrard (financement IRDES)

Le médecin du DIM de la SFMG : Gilles Hebbrecht (financement SFMG - PROSPERE)

Gestionnaire Base de données (financement IRDES)

Chargée de recherche IRDES pour dossier CNIL : Violaine Eudier (financement IRDES)

Chargé de recherche statistique IRDES: Aurélie Pierre, Anissa Afrite (financement IRDES)

Ressources documentaires IRDES : Marie Odile Safon (financement IRDES)

Ressources financières

Financement DREES pour la réalisation d'un séminaire international sur l'organisation des soins primaires – gestion par l'IRDES.

Financement ASIP : 40% en 2009 dans le cadre d'une convention SFMG ASIP sur les modalités d'organisation, de codage et d'utilisation de l'information en médecine générale (cf. II.3, 5.3)

Augmentation de la dotation PROSPERE de 100 Keuros annuels (financement CNAMTS à partir de 2010 pour l'évaluation des ENMR)

II. Synthèse des travaux au regard de la question générale de l'équipe Prospere: Quelles formes d'organisation de soins de premiers recours pour quels résultats ?

L'objectif principal de notre projet d'équipe émergente est la production de connaissances sur les différentes formes d'organisation des soins de premiers recours dans la perspective d'une restructuration du système de soins de premiers recours

Les travaux de l'équipe sont organisés autour de quatre axes en lien avec quatre objectifs spécifiques. Trois d'entre eux ont été investis en priorité en 2009 et 2010 et pour certains

ont d'ors et déjà produit des résultats. Le quatrième sera développé à partir de 2011. Il porte sur *l'analyse des formes organisées des soins de premiers recours mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie autour de la redistribution des rôles et des activités entre professions et usagers à l'échelon micro et macro du système de soins.*

Contrairement à ce que nous avons envisagé initialement, nous n'avons pas constitué durant les années 2009 et 2010 un échantillon commun à l'ensemble des chercheurs composé d'un nombre limité de « sites » préalablement identifiés pour leurs caractéristiques organisationnelles et géographiques très contrastées : maisons de santé pluridisciplinaires, centre de santé, cabinets de groupe, cabinets individuels. Les travaux se sont donc organisés sur des terrains de recherche indépendants les uns des autres. Cette réorientation en termes de méthode a été motivée par la difficulté à recruter les sites contactés, qui n'étaient pas prêts à se constituer comme terrain de recherche. L'équipe a également considéré que la séparation des terrains de recherche permettait d'éviter une « contamination » et l'épuisement des différents terrains par une multiplicité d'opérations de recherche conjointes.

La transversalité des travaux a cependant été garantie par la discussion en réunion d'équipe des objectifs, des méthodes et des résultats des différents projets. La définition des données à collecter, la constitution des questionnaires d'enquête et des outils de recueil, les analyses et leurs interprétations ont été ainsi partagées au sein de l'équipe assurant ainsi la synergie et la cohérence des travaux au regard des objectifs.

Axe économie : L'analyse des formes organisées des soins de premiers recours mobilisant les concepts et méthodes de l'économie sous l'angle des professionnels au travers de l'analyse des incitations, sous l'angle des usagers par des méthodes de révélation des préférences et de l'évaluation médico-économique a constitué l'un des thèmes majeurs de travail pour l'équipe.

L'axe économique s'est ainsi particulièrement déployé dans les trois sous parties que sont la révélation des préférences des usagers, l'évaluation médico-économique des organisations de soins et l'analyse des incitations auprès des offreurs.

1 - L'étude des préférences des usagers

La qualité des soins est aujourd'hui au cœur des préoccupations de tous les acteurs (financeurs, professionnels de santé, usagers) et constitue un enjeu majeur de la réorganisation de l'offre de soins de premiers recours. On peut interroger les usagers (assurés sociaux) sur leurs préférences pour la qualité des soins de premiers recours en faisant l'hypothèse que leur participation à l'élaboration des réformes conduirait à une meilleure acceptation de ces dernières. D'autres pays, comme la Grande Bretagne, en ont fait l'expérience. Cette opération de recherche a pour objectif d'évaluer la qualité des services de premiers recours offerts du point de vue des usagers, en se basant notamment sur leurs préférences vis-à-vis de l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Tout d'abord, cela nécessite de définir la qualité du soin de premiers recours du point de vue des usagers, c'est-à-dire d'identifier les aspects du soin auxquels ils sont sensibles. Puis, ce cadre descriptif est utilisé pour construire un questionnaire de révélation des préférences à partir de la théorie économique. Nous utilisons des méthodes de révélation des préférences hypothétiques, appelées analyse conjointe des choix (*choice-based conjoint analysis*). L'utilisation de méthodes de disposition à payer n'a finalement pas été retenue étant donné la difficulté de concevoir la valorisation monétaire des changements

de qualité du soin du point de vue des patients comme une représentation consistante de leur perception de l'offre de soins. Les résultats d'enquête nous permettent alors d'analyser la variabilité des préférences des usagers pour la qualité du soin de premiers recours en fonction de leurs caractéristiques individuelles et de celles décrivant leur mode de recours (type de médecin ; etc).

Dans un premier temps, une étude Delphi « classant » a été réalisée en 2009 auprès d'usagers afin d'identifier leurs principales préoccupations pour le soin de médecine générale [cf. Fiche n° 1, p. 18]. Conformément à la littérature internationale, les dimensions les plus importantes pour les personnes enquêtées ne sont pas les attributs organisationnels de l'offre de premier recours (présence d'une équipe, heures d'ouvertures larges...) mais les caractéristiques de la relation médecin patient et la coordination des soins. Autrement dit, c'est bien l'effet des formes d'organisations nouvelles, souhaitées par les professionnels où à l'initiative du régulateur sur les modalités de la relation patient médecin qui sont à explorer en termes de performance. Ce point est d'ailleurs soulevé par les partenaires internationaux, qui pointent la « perte » de continuité des soins constatée au Royaume-Uni, sous l'effet du développement des pratiques de groupes pluridisciplinaires. La dimension de la continuité relationnelle entre le patient et le médecin apparaît ainsi constituer un élément probablement déterminant de la performance des organisations de soins primaires, tout au moins du point de vue des patients. Cette dimension de la continuité a également été analysée dans le cadre de l'évaluation des MSP (taux de partage des patients) et également mis en évidence par l'enquête monographique réalisée auprès des centres de santé dans l'enquête Epidaure (la dimension de la continuité relationnelle dans les centres de santé est mise en avant dans certaines structures notamment associatives, elle semble plus difficile à assumer en cas de temps partiels multiples). L'équilibre entre relation personnalisée et relation plus globale à l'organisation apparaît ainsi comme un enjeu de la performance en soins primaires.

Dans le prolongement de cette 1^{ère} opération de recherche, une enquête de révélation de préférences des patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques est actuellement en cours de réalisation [cf. Fiche n° 2, p. 21]. Le choix de cette population spécifique intervient en réponse aux évolutions épidémiologiques qui tendent à accroître la part des patients chroniques dans la patientèle des médecins généralistes, et au fait que ce type de patients présente des besoins spécifiques qui ne peuvent être pleinement satisfaits par les modes d'organisation actuels de l'offre de soins de premiers recours. Comme affirmé par Bodenheimer (JAMA), la capacité des soins de premiers recours à répondre aux besoins des patients chroniques constitue un enjeu majeur de leur efficacité. Pour réaliser cette étude de préférences auprès des patients chroniques, un questionnaire a été élaboré à partir des éléments du « Chronic Care Model » développé aux Etats-Unis (Wagner et al). Ce modèle d'organisation des soins de premiers recours vise à développer une offre de soins adaptée aux spécificités de la prise en charge des patients chroniques pour favoriser l'efficacité des soins.

2 - L'évaluation médico-économique des organisations de soins

Les recherches conduites dans le cadre de l'évaluation médico-économique des organisations de soins ont pour objectif principal d'analyser les liens entre les pratiques de regroupement et de coopération interprofessionnelles, leur hétérogénéité, et la performance en termes d'efficacité des pratiques de prise en charge et d'efficience (productivité, coût, efficacité/coût...), comparativement à celui d'autres modes d'exercice traditionnels (regroupé mono-disciplinaire ou isolé). De la littérature théorique et

empirique sur ce thème nous pouvons poser deux hypothèses principales : (1) les exercices collectifs pluridisciplinaires sont plus attractifs, puisque qu'ils favoriseraient de meilleures conditions de travail ainsi qu'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ; (2) les exercices collectifs pluridisciplinaires sont plus efficaces et efficaces – notamment du fait de leur capacité à générer des économies de gamme et d'échelle –, que les autres. Relativement à cette dernière hypothèse nous pouvons par ailleurs poser les deux sous hypothèses suivantes : (2.1.) la part actuelle du financement s'appuyant sur le paiement à l'acte constitue une barrière à la mise en place de coopération et travail en équipe ; (2.2.) les comportements individuels sont modifiés par les relations économiques et professionnelles entre les membres du groupe et notamment qu'il convient de tenir compte : (2.2.1.) de l'arbitrage qui s'opère au sein des structures collectives entre partage des risques financiers (partage des coûts et/ou des revenus) et efficacité¹ (compensation des efforts fournis), (2.2.2.) mais également de la « culture » du groupe et/ou des professionnels au sein du groupe qui conditionne les processus d'interactions entre les individus (comparaison des revenus, des efforts à produire, de l'entraide...). Nos opérations de recherche investiguent ces différentes hypothèses.

D'une part, nous avons estimé de façon plus juste la part des généralistes regroupés et l'attractivité de ce mode d'exercice et son évolution au cours des dix dernières années. A partir des différentes vagues d'enquête du « Baromètre santé médecins généralistes » 1998, 2003 et 2009 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), nous avons ainsi pu estimer que la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009 (Evrard et al, 2010). Nous avons également confirmé que le regroupement permet une amélioration notable des conditions d'exercice en favorisant un meilleur équilibre entre revenu/travail-loisir : les généralistes regroupés, sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine, déclarent travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls; ils semblent également prendre plus de jours de congés sur l'année. D'autre part, nous avons finalisé des travaux exploratoires, engagés préalablement à la constitution de l'équipe PROSPERE, d'évaluation des exercices collectifs en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (Bourgueil et al), centres de santé (CDS) (Note de synthèse projet Epidaure annexe n°1) et de coopération entre généralistes et infirmières (Mousques et al), afin d'en évaluer la performance. Les travaux sur les MSP et CDS ont mis en évidence la très grande hétérogénéité de ces structures en termes d'organisation (projet, gamme de soins et services, équipement, composition, organisation interne, coopération, caractéristiques des populations suivies...). Des éléments convergents se dessinent néanmoins, en termes : de coopération entre généralistes d'une part et entre généralistes et autres professionnels d'autre part ; d'accessibilité dans le temps accrue ; d'impact sur la qualité des pratiques (uniquement évalué pour les MSP pour le diabète de type 2) ; et d'impact en termes d'amélioration de l'équilibre entre temps de travail et loisir. En outre nous n'avons pas constaté une dépense augmentée en ambulatoire dans ces structures. L'évaluation de la coopération entre généralistes et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalee a démontré son efficacité et son efficacité dans la prise en charge des patients diabétiques de types 2.

Enfin, l'équipe Prospère est en charge depuis 2010 de l'évaluation de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) en maisons de santé, centre de santé et pôle de santé. Les ENMR ont été conçues et sont pilotées par la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) en relation

¹ Notamment en raison de la présence de relation d'agence et d'asymétries d'information entre les membres du groupe source possible de comportement de passager clandestin.

avec l'UNCAM. En pratiques, les ENMR sont mises en œuvre au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS) chargé de repérer et sélectionner les promoteurs.

Le principe général des ENMR est de passer un contrat entre une ARS et une structure représentant un collectif de professionnels. Le contrat comporte des montants forfaitaires complémentaires du paiement à l'acte, et une contrepartie en termes de qualité et d'efficience mesurée par un ensemble d'indicateurs définis dans le contrat. Trois modules de financement expérimentaux sont imaginés à ce jour : le forfait pour les missions coordonnées modulé à la performance, le forfait pour les nouveaux services aux patients dont l'éducation thérapeutique ; et le forfait pour les coopérations entre professionnels de santé. Seuls les deux premiers sont aujourd'hui mis en œuvre.

L'année 2010 a ainsi été largement consacrée, à la finalisation et la mise en œuvre de l'évaluation de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) [cf. annexe n°2 et Fiche n° 3, p. 23]. Les investissements méthodologiques réalisés dans le cadre des travaux préalables ont permis de bâtir un protocole complet d'évaluation des ENMR, selon un cadre d'évaluation global avant/après contrôlé, qui vise à comparer les cas à différentes catégories de groupes témoins (« locaux » et « nationaux ») selon différentes dimensions. L'environnement (analyse des caractéristiques de la zone d'implantation) fait l'objet d'une analyse spécifique conduite par un étudiant en master 2 recherche en géographie qui envisage de poursuivre un travail de thèse sur ce sujet (direction de Gérard Salem) ; l'organisation et la production des soins (structure et processus ; source : enquête internet auprès des sites) fera l'objet d'une analyse spécifique de nature sociologique et qualitative de la réorganisation des tâches autour de l'éducation thérapeutique des patients par une étudiante en thèse de santé publique (sous la direction de Martine Bungener ; [cf. Fiche n° 4, p. 29]). L'évaluation des résultats portera sur l'activité des professionnels (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes), la consommation de soins des patients/assurés avec une analyse de l'efficacité et de l'efficience des pratiques et des parcours de soins (source : données assurance maladie).

Une première extraction des données de l'assurance maladie a pu être réalisée pour les années 2008-2009 en septembre-octobre 2010 pour la première vague d'inclusion des sites (47 sites pour 458 professionnels, dont 168 généralistes et 181 589 assurés) et de leurs témoins respectifs (1 467 généralistes et 885 045 assurés). Les terrains d'enquête spécifiques auprès des sites expérimentateurs et témoins ont débuté depuis Octobre 2010 et se poursuivront jusqu'à la fin du premier trimestre 2011, puis seront renouvelés une fois par an.

3 - L'analyse des incitations des offreurs

L'analyse des incitations des offreurs a fait l'objet d'un investissement spécifique en 2010, le protocole de l'enquête en région Midi Pyrénées comme la nature des informations recueillies ayant fait l'objet de discussions collectives au sein de l'équipe Prospere.

Dans le secteur ambulatoire, l'introduction d'incitatifs explicites visant à conditionner une partie de la rémunération à la performance qualitative (paiements à la performance - P4P) se généralise à de nombreux pays. De plus, la part de ce paiement, plus ou moins aléatoire, s'accroît renforçant la nécessité d'en comprendre les implications. Selon Mannion and Davies (2008) - « *Pay for performance is based on the bold hope that the incentives offered will enhance desired behaviours with few unwanted effects in other areas* » - posant la question d'une part, de la capacité de ces incitatifs à générer une plus

grande efficacité des organisations de soins de premiers recours, et d'autre part de la nature de l'incitation (redistribution, prime, sanction) et des effets potentiellement pervers de ce type d'incitations. Ainsi, la multiplication récente des modes alternatifs d'organisation de soins de premiers recours, des systèmes de rémunération incitatifs mais aussi de l'évolution du rôle des médecins généralistes (médecin traitant= « *gatekeeper* » à la française) modifient potentiellement les relations « contractuelles » entre les parties, – patient – médecin généraliste – financeur – mais aussi spécialistes et ce, notamment du fait de la réalité des incitations économiques. Compte tenu de ces évolutions récentes et structurantes, quelle est la réalité aujourd'hui de l'exercice médical des médecins généralistes libéraux en France ? Encore aujourd'hui essentiellement rémunérés à l'acte, sont-ils satisfaits de leur rémunération comme de l'exercice de leur profession ? Rencontrent-ils des difficultés particulières ? À quel niveau ? Et, dans cet environnement, y-a-t-il des effets « pervers » à renforcer et complexifier les incitatifs explicites ?

Entre mars et juillet 2010, en collaboration avec l'URML de Midi-Pyrénées, nous avons mené une enquête auprès de l'ensemble des médecins généralistes en activité dans la région (soit environ 3000 MG). La gestion du terrain, l'annonce de l'enquête par courrier postal, l'anonymisation des questionnaires, la rémunération et la lettre de relance postale ont été assurées sur place par l'URML.

Avec pour objectif de mieux comprendre les difficultés, les atouts et les attentes des médecins généralistes au regard des différents modes d'installation possibles, des différentes modalités de leurs rémunérations et des besoins de leurs patients - mais aussi au regard de leur âge, de leur expérience, de leur localisation géographique, des contraintes rencontrées dans leur pratique de routine, des satisfactions, etc.- le questionnaire comprend 4 volets (annexe n°3):

- « *organisation de votre pratique* » : qui aborde les modalités d'organisation de la pratique de MG (nature de l'exercice, mode d'organisation, secteur d'activité, participation à la permanence des soins, etc.)
- « *contenu de votre pratique et votre patientèle* » qui permet d'appréhender la diversité des activités des MG en termes de contenu de l'activité médicale (diversité des actes fournis), en termes d'intensité de cette activité (nombre de jours de travail, nombre de consultations, etc.), de contenu des autres activités professionnelles (coordination, participation à des réseaux de prise en charge spécifiques, enseignements, etc.) ; une série de questions permet de caractériser le profil des patients pris en charge par le médecin ;
- « *Votre satisfaction et vos contraintes* » qui permet d'appréhender la satisfaction ou l'insatisfaction du médecin au regard de son activité, de sa rémunération, de son rapport à sa patientèle, de l'ensemble des contraintes qui pèsent sur sa pratique de routine et qui sont susceptibles de la modifier ;
- « *Quelques questions sur vous* », volet qui permet de collecter des informations sur le médecin pour l'analyse (âge, sexe, année d'installation, changement de structure d'exercice, FMC etc.)

Sur les 438 réponses, 423 questionnaires apparaissent comme exploitables. Les données ont été saisies. L'échantillon de MG apparaît comme représentant relativement bien les médecins de la région en termes d'âge (âge moyen 52.1 vs 50.1 pour la région) en termes de répartition entre les différents départements, avec toutefois une proportion d'hommes répondants plus importante que la proportion des médecins hommes dans la région. En termes de revenus nets moyens, les médecins de l'échantillon sont dans la moyenne nationale (CA moyen = 124714€ ; en appliquant le taux de charge moyen de 2007 de

43.3%, le revenu annuel moyen est de 70713€ vs 71690€ en moyenne pour les omnipraticiens en 2008).

La base de données précise et originale obtenue fera l'objet d'analyse en 2011 mais permet d'ores et déjà de confirmer les difficultés des MG puisque plus de 20% d'entre eux déclarent ressentir souvent un sentiment de « burn out », traduisant au moins un épuisement professionnel fréquent. Un premier travail déjà largement initié vise à étudier les déterminants de cet épuisement professionnel des MG [cf. Fiche n° 5, p. 32]. Toutefois au-delà de ce constat alarmant, il va s'agir de comprendre comment les médecins travaillent et s'il existe finalement des profils type de médecins au regard notamment du contenu de leur pratique. Cette typologie, une fois construite, nous permettra notamment de mieux comprendre le poids éventuel de certaines contraintes de la pratique médicale (horaires, permanence des soins, diversité des actes à fournir comme suivi gynécologique, la fourniture de prévention, le poids des tâches administratives, etc. au regard de certains profils de médecins plus ou moins susceptibles de les accepter [cf. Fiche n° 6, p. 35].

Enfin, il est intéressant de mieux comprendre quels pourraient être les potentiels effets « pervers » ou « désincitatifs » de ces incitatifs économiques explicites (tels que le P4P par exemple) au regard de l'idée que les médecins généralistes se font de leur rôle médecins [cf. Fiche n° 7, p. 37]. La population enquêtée (423 médecins généralistes), permettra également de constituer une base de référence dans le cadre de l'évaluation des ENMR.

Axe cadre d'analyse soins primaires : L'élaboration d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours adapté au contexte français dans une visée de recherche évaluative sur les liens entre les formes d'organisations et leurs résultats.

1 - Définir un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte français

Le processus d'élaboration d'un cadre d'analyse nécessite la définition préalable du champ des soins de premiers recours dans le contexte français (curatifs, préventifs, soins à domicile ou non, permanence des soins, coordination etc.) pouvant conduire à retenir certaines dimensions d'analyse et de mesure de la performance des structures organisationnelles de soins de premiers recours, des processus mis en œuvre au sein de ces organisations et des résultats obtenus. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de juillet 2009, constitue une étape importante de l'évolution du système des soins ambulatoires puisqu'elle définit les soins de premiers recours, annonce la constitution de schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires et inscrit les missions des professionnels de premiers recours dans la loi. Le système de soins primaires français présente donc désormais des éléments normatifs (loi), et pose également les bases de la reconnaissance du rôle de certaines professions de premiers recours et, en premier lieu, les médecins généralistes. Cependant, si le cadre est posé, il n'en reste pas moins que la mise en œuvre opérationnelle reste à réaliser. C'est à l'échelon régional, dans le respect des spécificités géographiques, sociologiques, économiques et culturelles que les soins primaires vont être concrétisés en France. La performance en soins primaires sera donc en partie déterminée par les cadres opératoires dont se doteront les acteurs du système de santé régional et national pour organiser les soins notamment dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. La définition théorique et pratique des soins primaires a été menée dans nos travaux selon

deux voies principales. La première dans le cadre du projet Européen PHAMEU [cf. Fiche n° 8, p. 39], qui a débouché en 2010 sur la constitution d'un cadre d'analyse à visée comparative en Europe. Elaboré à partir d'une analyse exhaustive de la littérature et à dire d'experts, le cadre Phameu a également fait l'objet d'élaboration d'indicateurs et d'une première collecte de donnée. Dans la continuité de ces travaux une analyse des politiques de vaccination contre la grippe H1N1 au regard des systèmes de soins primaires a été menée à l'occasion de la réalisation d'un mémoire de Master [cf. Fiche n° 9, p. 41].

La deuxième opération menée par l'équipe Prospère a porté sur l'analyse comparée des modes d'organisations des soins primaires de systèmes de santé contrastés au regard des réformes en cours et notamment de la loi HPST. Cette analyse a débouché sur un colloque au mois d'octobre 2009 et d'une publication dans un numéro spécial de la RFAS en septembre 2010, coordination et production assurée par l'équipe Prospère [cf. Fiche n° 10, p. 42]. Ont été particulièrement abordées et décrites :

- les notions de territoire visant à organiser les soins primaires et notamment les territoires permettant une articulation optimale des systèmes sociaux et de systèmes de santé
- les différentes modalités de définition opérationnelle des soins primaires. La permanence des soins, les distances et temps d'accès, comme la définition des services rendus minimum restent à ce jour des questions en suspens qui doivent être abordées de façon concrètes par les ARS, sans référence nationale à ce jour.
- les formes d'organisation des soins comme les mécanismes de contractualisation avec les professionnels, ont été particulièrement décrits notamment au travers des indicateurs de performance inscrits dans les contrats nationaux entre le corps médical et l'instance de régulation.

Les principales conclusions du colloque ont été présentées en séminaire de formation des directeurs d'ARS en janvier 2010. Enfin, nous avons exploré particulièrement les soins primaires au regard de leur contribution à la réduction des inégalités de santé [cf. Fiche n° 11, p. 43].

Cette approche générale du champ et des objectifs attendus des soins de premiers recours est menée en parallèle à un travail d'analyse critique des indicateurs de mesure de la performance en soins de premiers recours tels qu'ils se déploient dans le système de santé.

2 - Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de la performance en soins de premiers recours

L'objectif de ces travaux est de constituer une méthodologie pour la construction d'indicateurs de performance utilisés en médecine de premier recours permettant au médecin d'orienter ou réorienter sa pratique vers une meilleure qualité. Les travaux ont porté d'une part sur les indicateurs CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) instaurés en 2008 et d'autre part sur les indicateurs de qualité en médecine générale et leur usage pour évaluer la performance.

Les indicateurs produits par la CNAMTS ont fait l'objet de deux travaux d'analyse distincts. L'un d'orientation méthodologique a porté sur les problèmes posés par le repérage des populations cibles et de références selon des modalités différentes d'identification des patients. La CNAMTS identifie en effet les patients cibles selon

qu'ils sont inscrits auprès d'un médecin traitant et avec des algorithmes permettant de reconstruire les diagnostics à partir des traitements prescrits. L'objet de l'étude, qui vise à anticiper les exploitations possibles ultérieures de la base appariée OMG SNIIRAM a porté sur la seule base de l'OMG et a comparé les méthodes d'identification des patients selon le critère du traitement prescrit et celui du diagnostic recueilli par le médecin. L'indicateur analysé est celui de la prescription de statine chez les patients diabétiques et hypertendus. Cette analyse qui a été largement débattue avec les équipes de la CNAMTS a fait l'objet d'un papier soumis à la RESP, qui a demandé des modifications substantielles et qui en procédure de relecture [cf. Fiche n° 12, 46]. Le deuxième travail sur les indicateurs CAPI a cherché à décomposer par une analyse statistique les différents déterminants de la variabilité de l'indicateur au-delà de la pratique du médecin. Ont ainsi été mis en évidence des caractéristiques propres aux patients (âge, sexe, couverture CMU). Certaines caractéristiques propres au médecin (femme, jeune, avec une patientèle de taille modérée) comme notamment l'exercice dans le cadre d'un groupe ou la participation à un group de pairs sont apparues également associées à une amélioration de l'indicateur. L'indicateur étudié étant la qualité du suivi des patients diabétiques, ce travail qui a été réalisé dans le cadre d'un Master 2 a fait l'objet d'un papier soumis à la revue Diabetis care [cf. Fiche n° 13, p. 48]. Une analyse spécifique a été menée sur les problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre de la mise en place des CAPI [cf. Fiche n° 14, 50]

Un projet porté par l'équipe Prospere soumis à l'appel d'offre IRESP d'octobre 2010 porte spécifiquement sur les patients hypertendus poly-pathologiques traités en médecine générale. La définition de la méthodologie de construction d'indicateur ainsi que la construction d'exemple d'indicateurs de performance, permettront dans la deuxième étape du projet de les tester auprès des différentes organisations qui auront été décrites [cf. Fiche n° 15, p. 52]. Ce projet s'appuie sur travaux de revue de la littérature menés dans le domaine de l'hypertension artérielle [cf. Fiche n° 16, p. 54] et de la santé mentale [cf. Fiche n° 17, p. 56]

Le quatrième objectif : la construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et de remboursement

Les modalités de rapprochement des données de l'OMG et du SNIIRAM ont été définies et testées en 2009. L'équipe Prospere a obtenu un accord de la CNIL pour mener cette opération de rapprochement CNIL [cf. Fiche n° 18, p. 58]. Un premier test d'extraction a été réalisé en 2010 à partir des identifiants de 30 médecins de l'OMG [cf. Fiche n° 19, 60]. Une deuxième requête auprès des services de l'assurance maladie doit être menée début 2011. Cette requête doit porte sur l'ensemble des médecins adhérents à l'OMG (600 à 700), sachant que seuls 150 alimentent l'OMG en routine à ce jour.

L'extension de l'OMG

En 2009, l'équipe de la SFMG a répondu avec le soutien de l'équipe Prospere à l'appel d'offre de l'IRESP pour la constitution d'une cohorte. L'objectif de cette réponse était de doter l'OMG de moyens permettant sa pérennisation à court terme et sa croissance à moyen terme. Si la proposition de la SFMG n'a pas été retenue, elle a permis d'approfondir les modalités de développement de l'observatoire ainsi que l'élargissement de ses usages. A ce titre, les perspectives d'appariement ont été présentées comme faisant partie intégrante du projet de cohorte, dans la mesure où la sortie des patients de la

cohorte est maîtrisable notamment par les données issues du SNIIRAM. Par ailleurs, l'équipe de l'OMG a finalisé la signature de partenariat avec deux nouvelles Unions Régionales de Médecins Libéraux, portant ainsi à 5 le nombre de d'URML qui se sont engagées à recruter un nombre plus important de médecins au sein de leur région et à financer auprès de l'OMG la constitution d'un Observatoire Régional élaboré sur le modèle de l'OMG national, c'est à dire fournissant des informations régionalisées. Par ailleurs, la SFMG s'est engagée dans un partenariat qui a été formalisé par la signature d'une convention en décembre 2009 avec l'ASIP. Ce partenariat a notamment permis la mise en forme d'une réflexion prospective sur l'avenir de l'Observatoire de la Médecine Générale (annexe n° 4). A ce titre l'année 2010, a été l'occasion de nouer un partenariat entre la CNAMTS et la SFMG, partenariat visant à supporter financièrement l'OMG.

III. L'évolution de l'équipe, la production de connaissance et la demande institutionnelle d'expertise

L'objectif secondaire du projet de l'équipe émergente à moyen terme est de favoriser les conditions d'élaboration collective et multidisciplinaire de connaissances sur le fonctionnement et la structuration du système de soins de premiers recours en France.

L'équipe émergente rassemble un nombre important de chercheurs de disciplines diverses, appartenant à trois entités distinctes et complémentaires (IRDES, SFMG et CERMES), pour la plupart confirmés, et ayant collaboré par le passé. Si l'équipe initiale en 2009 a été modifiée par le départ de certaines personnes initialement prévues (retraits de Sophia Rosman, Etienne Minvielle, Aurélie Pierre), elle est été également enrichie par l'arrivée de jeunes médecins généralistes qui ont réalisé leur master 2 dans le cadre de l'équipe Prospere et qui envisagent d'y réaliser leur travail de thèse de science notamment dans le cadre d'un poste de chef de clinique en médecine générale (Thomas Cartier, Olivier Saint Lary). Pascal Clerc, médecin généraliste et chercheur confirmé a également rejoint l'équipe pour y développer un prolongement de son travail sur la polyopathie. Enfin, Cécile Fournier médecin de santé publique titulaire d'un DEA de sociologie et salariée de l'INPES (déjà citée) a également rejoint l'équipe Prospere pour y réaliser sa thèse.

La préparation du colloque a également permis de nouer un ensemble de contacts avec des partenaires européens et d'Amérique du Nord (les USA notamment). Nous avons pu à cette occasion mesurer l'intérêt des pays étrangers pour les thématiques travaillées dans le cadre de l'équipe Prospere. Nous envisageons à ce titre de poursuivre la collaboration avec ces équipes notamment dans le cadre de travaux de recherche comparatifs sur les formes d'organisations en soins primaires. Projet de collaboration avec UNC - Chapel Hill. De même, l'équipe a consacré une matinée d'échange avec le professeur Katharina Janus, de l'université de Ulm <http://www.centerforhealthcaremanagement.com/>, sur le paiement à la performance.

Les travaux de l'équipe Prospere portent sur des questions d'actualité qui sont pour partie inscrites à l'agenda législatif, politique et institutionnel (expérimentations de rémunération au titre de l'art 44 du PLFSS 2008, loi HPST de juillet 2009, lancement du Contrat d'Amélioration de la Performance Individuelle (CAPI) par la CNAMTS en juin 2009, Mission ministérielle Vallancien sur les Maisons de Santé en juin 2009). Il importe dès lors pour l'équipe Prospere qui a pour thème la recherche sur les services de santé de

gérer la temporalité des projets de recherche et le temps de la production « académique » avec le temps parfois court de la décision publique et ses impératifs de communication et de décision. Cette gestion consiste principalement à répondre aux sollicitations des institutions diverses comme les administrations centrales du ministère, la CNAMTS, mais également les professionnels demandeurs de résultats dans un délai court dans une perspective d'anticipation, voire de négociation et informer les membres de l'équipe de ces demandes, de leurs articulations possibles avec les axes de recherches et les moyens de l'équipe et enfin des réponses à donner. L'équipe a ainsi été amenée à débattre régulièrement d'opportunités de réponses à des demandes d'expertise (par exemple répondre à un appel d'offre de la CNAMTS pour étudier les coûts de façon comparée entre exercice individuel, exercice de groupe ou centre de santé dans un temps court, ou débattre des conditions d'engagement de l'équipe dans l'évaluation des expérimentations de rémunération en maisons, pôles et centres de santé). Sont alors mises en avant les conditions méthodologiques de réalisation permettant ou non une publication à caractère scientifique et les modalités de diffusion des travaux. Par ce biais l'équipe Prosperere se constitue, au travers des situations et des décisions prises, une pratique (une sorte de jurisprudence) de la recherche sur les services de santé ainsi que des modalités de transferts des réflexions, résultats et méthodes auprès des acteurs du système de soins. Cette activité occupe un temps conséquent de coordination et de débat, nous avons donc souhaité rajouter une rubrique au chapitre valorisation. Nous avons intitulé cette rubrique « activité translationnelle » ou d'expertise en référence à la littérature anglo-saxonne sur le « knowledge transfer », thème de recherche outre-atlantique notamment dans le domaine de la recherche sur les services de santé.

IV. Valorisation

A. Livrables externes réalisés (15 à 50 lignes maximum)

Ouvrage ou numéros de revue

Politiques et organisation des soins primaires en Europe et aux Etats Unis. Quels enseignements pour la France ? *RFAS* n° 3, juillet-septembre 2010, 64^e année.

Articles soumis à revues à comité de lecture

Comment cibler les populations pour mesurer la performance des médecins généralistes ? O Saint-Lary, P Boissault, D Duhot, P Szidon, Y Bourgueil et l'équipe PROSPERE. Soumission *RESP* décembre 2009, reprise en décembre 2010.

Soumission article relatif à la révélation des préférences des patients en soins primaires – auprès de la revue *Health Expectations* (auteur Nicolas Krucien).

Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? Saint-Lary O., Plu I., Naiditch M., *RFAS*, novembre 2010.

Analyse des déterminants de l'épuisement professionnel des médecins généralistes - Le cas des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Franc C. Soumission *Revue Française des Affaires Sociales* – n° spécial « le métier de médecin » ou autre (janvier 2011)

Articles publiés revue comité de lecture

Is the "Practice Style" Hypothesis Relevant for General Practitioners? An Analysis of Antibiotics Prescription for Acute Rhinopharyngitis. Mousquès J., Renaud T., Scemama O. - Soumission à *Social Science and Medecine* en avril 2009. Accepté avec et après modifications, transmis à l'éditeur en chef en décembre 2009.

Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. Mousquès J., Bourgueil Y., Le fur P., Yilmaz E. – publié en décembre 2010 dans la revue *Health Policy*.

Kringos DS., Boerma WGW., Bourgueil Y. et al. The European Primary Care Monitor: Structure, Process and Outcome Indicators. *BMC Family Practice*, 2010, 11:81.

Publications non soumises à comité de lecture

[Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne.](#) Bourgueil Y., Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A. *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 147. 2009/10.

[Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.](#) Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 141. 2009/04.

Clément MC, Couralet PE, Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne, *Santé publique*, volume 21, Supplément N° 4, Juillet-Août 29, pp. S1-S12

Publication chapitre médecine de groupe et prévention dans le rapport INPES du baromètre des pratiques en médecine générale, à paraître.

Communications orales en 2009 et 2010

Communication orale aux 31^e Journées des Economistes de la Santé Français, 3 et 4 décembre 2009 : « Le point de vue de l'utilisateur sur les attributs de qualité organisationnels de l'offre de soins de médecine générale : une approche par la méthode Delphi ». Nicolas Krucien : <http://www.ces-asso.org/docs/TextesJESF2009/Krucien.pdf>

Plusieurs communications et interventions au 3^e Congrès de la médecine générale - Acropolis, 25-27 juin 2009, Nice :

Quelles spécificités des maisons de santé pluridisciplinaires, en termes d'offre, d'activité, de recours aux soins et de prise en charge ? – M.C. Clément, P.E. Couralet, J. Mousquès, A. Pierre, Y. Bourgueil.

Étude d'un indicateur dans le cadre de la mise en place des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles. O. St Lary, P. Boissault, D. Duhot, P. Szidon

Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès

La coopération entre généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2, Principaux résultats de l'évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE, Y. Bourgueil, Ph. Le Fur, J. Mousquès, E. Yilmaz

Participation à la table ronde sur l'éducation thérapeutique, Y. Bourgueil.

Le médecin généraliste et le partage des compétences, Keynote - Y. Bourgueil

HDR, Thèses et Master 2

Soutenance d'HDR de Nathalie Pelletier-Fleury (le 19 juin 2009) : « La rationalisation de l'offre de soins en question : Télémédecine - variabilité des pratiques -recomposition de l'offre de soins de premiers recours » (Université de Paris 11).

Thèse de santé publique – option économie de la santé démarrée en 2009 - Thésard N. Krucien, encadrants : N Pelletier Fleury, M. le Vaillant.

Thèse de santé publique – démarrée en 2010 - Thésard C. Fournier, encadrant : M. Bungener.

Mémoire de Master recherche, Santé Publique, économie de la santé – M.C. Clément - sélection pour publication résumé dans la RESP

Mémoire et validation de Master 2 – Nicolas Chauvel

Compared implication of 4 Primary care systels in the management of 2009 A(H1, N1)v influenza pandemic: Australia, France, UK, USA. University of Manchester. **Master of Public Health** in the Faculty of Medical and Human Sciences – septembre 2010 - Thomas Cartier

Validation Master 1 « Recherche en éthique médicale » Paris V (note 18/20) - Olivier Saint Lary

Mémoire de Master santé, Paris Dauphine - Emmanuelle Guedy

B. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou organisé durant la période (et des missions à l'étranger)

Intervention au Mini colloque IRESP (17 et 18 novembre 2008), pour la préparation des appels à projets de 2009. Y. Bourgueil.

Premières journée Scientifique de l'Assurance maladie : analyser et accompagner les transformations du système de soins, Table ronde « Pratiques et recherche dans la médecine de première ligne », 25 mars 2009, J. Mousquès, Y. Bourgueil

Première journée d'étude PRICE (Primary Health Care in Europe) - 8 juin 2009 – Y. Bourgueil, N. Krucien

Rencontres inter-régionales de l'ASIP, 9 juillet 2009 - Réflexions sur l'organisation des soins, Y. Bourgueil http://www.asipsante.fr/docs/Rencontres_InterRegionales_9juillet.pdf

Le soin négocié entre malades, proches et professionnels : situations de maladies et de handicaps de longue durée. Colloque international, 8 et 9 octobre 2009 Brest - Y. Bourgueil (membre comité scientifique – modérateur table ronde sur rôles professionnels)

Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques, en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ? « Modèles d'organisation des soins primaires et intérêt des expériences étrangères pour le contexte français », 21 octobre 2009, Y. Bourgueil

31^e Journées des économistes de la Santé Français. « Le point de vue de l'utilisateur sur les attributs de qualités organisationnels de l'offre de soins de médecine générale : une approche par la méthode Delphi ». 3 et 4 décembre 2009, N. Krucien, C. Franc, M. Le Vaillant, N. Pelletier-Fleury

Rencontre régionale de la fédération des Maisons de santé de Lorraine (FEMALOR), 16 décembre 2009. Y. Bourgueil.

Cartier T., Bourgueil Y., Kringos DS., Boerma WGW. Monitoring the outcome of primary care systems in Europe: results from the PHAMEU project, part III. Congrès de l'European Forum for Primary Care (EFPC), à Pise en août 2010.

C. Activité translationnelle et d'expertise

Audition pour la Mission Médecine de Proximité (Elisabeth Hubert, août 2010). Y. Bourgueil

Rencontre mission Vallancien, Crochemore, Touba sur les maisons de santé

Rencontre DSS, DHOS à cinq reprises au cours de l'année 2009 : présentation des travaux relatifs aux maisons et centres de santé, exposé des premiers résultats et de leurs limites, débats sur l'évaluation des expérimentations, participation au comité de pilotage des expérimentations, réunions techniques. Y. Bourgueil, C. Franc, J. Mousquès

Rencontre de la ministre de la Santé à l'occasion d'un dîner de réflexion prospective sur les évolutions du système de soins – Y. Bourgueil (2009)

Rencontre CNAMTS : discussion du projet d'appel d'offre étude coûts maisons de santé, centres de santé – C. Franc, Y. Bourgueil (2009)

Rencontre CNAMTS : discussion résultats analyse CAPI et perspective appariement OMG. P. Boisnault, Y. Bourgueil, O. St Lary, N. Pelletier Fleury, P. Szidon (2009)

Rencontre de la mission Vallancien sur les maisons de santé. Y. Bourgueil, J. Mousquès. (2009)

Expertise projet de recherche sur les hospitalisations évitables pour la CNAMTS. P. Le Fur, G. Hebbrecht, T. Cartier

Expertise projet d'étude sur la tarification à la pathologie, « very risk » pour la CNAMTS : M. Naiditch, G. Hebbrecht, P. Clerc.

Participation au séminaire sur le paiement à la pathologie (début 2010) : P. Clerc, P. Boisnault, J. Mousquès, M. Naiditch, Y. Bourgueil.

V. Fiches projets

Fiche n° 1	18
Les préoccupations des usagers pour le soin de médecine générale. Application de la méthode Delphi	
Fiche n° 2	21
Enquête de choix discrets auprès de patients atteints de maladies chroniques	
Fiche n° 3	23
L'évaluation des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)	
Fiche n° 4	29
En quoi l'exercice regroupé en soins de santé primaires favorise-t-il la mise en œuvre de pratiques de prévention et d'éducation ?	
Fiche n° 5	32
Analyse des déterminants de l'épuisement professionnel des médecins généralistes - Le cas des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.	
Fiche n° 6	35
Existe-t-il des profils type de médecins généralistes ? - Construction d'une typologie à partir des données de médecins généralistes de Midi-Pyrénées	
Fiche n° 7	37
Projet : Construction d'un indicateur composite des motivations intrinsèques du médecin - Le cas des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.	
Fiche n° 8	39
PHAMEU	
Fiche n° 9	41
Grippe A	
Fiche n° 10	42
Colloque « Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ?	
Fiche n° 11	43
La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé : une première approche bibliographique dans le cadre du projet européen AIR	
Fiche n° 12	46
L'analyse d'un indicateur de performance par l'utilisation des données de la base OMG	
Fiche n° 13	48
L'analyse de la variabilité des pratiques de prise en charge des patients diabétiques en médecine générale. Une étude basée sur les écarts inter-médecin d'un indicateur CAPI : le dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1C).	
Fiche n° 14	50
Typologie des patients hypertendus polypathologiques traités en médecine générale. Conséquences pour les indicateurs de performance et les recommandations de bonne pratique	
Fiche n° 15	52
Problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre de la mise en place des CAPI	
Fiche n° 16	54
Quels indicateurs de performance sont utilisables et utilisés en médecine générale dans les pathologies cardiovasculaires : exemple de l'hypertension artérielle	
Fiche n° 17	56
Revue de littérature sur les indicateurs de qualité en santé mentale et en soins primaires	
Fiche n° 18	58
Rapprochement des données OMG et SNIIRAM, base de donnée Prospere. Demande de validation des procédures de rapprochement et de traitement des bases SNIIRAM et OMG par la CNIL et l'IDS.	
Fiche n° 19	60
Rapprochement des données OMG et SNIIRAM, base de donnée Prospere. Mise en place d'un environnement informatique de production.	

Fiche n° 1

Les préoccupations des usagers pour le soin de médecine générale. Application de la méthode Delphi

AXE DE RECHERCHE : Les préférences de la demande : « Quel consentement à payer des usagers (CAP) pour ces nouvelles structures ? »

RESPONSABLE ET EQUIPE : Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant et Nathalie Pelletier-Fleury

PROBLEMATIQUE

L'offre de soins de premiers recours connaît actuellement de profondes modifications dues notamment aux évolutions de la démographie médicale et aux réformes organisationnelles [1]. Ces modifications tendent à faire converger les différents modèles de soins de premiers recours vers des aspects communs (pratique de groupe ; valorisation du rôle du patient ; incitation à la qualité ; utilisation accrue des nouvelles technologies de l'information et de la communication). Malgré un intérêt croissant accordé au point de vue de l'utilisateur dans l'évaluation ou l'élaboration des réformes de l'offre de soins de premiers recours, le nombre d'études visant à identifier ses principales préoccupations reste relativement limité. Pourtant, la réponse aux préoccupations des usagers est de plus en plus considérée comme une source potentielle d'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins, en favorisant notamment une meilleure observance thérapeutique, ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources médicales [2].

L'objectif de notre étude est d'identifier les aspects du soin de premiers recours auxquels, en France, les usagers accordent la plus grande importance et d'analyser dans quelle mesure la réorganisation actuelle de l'offre de soins est susceptible de répondre à leurs préoccupations. On fait l'hypothèse, à partir de données déjà publiées dans d'autres contextes [3], que la relation médecin-patient et, dans une moindre mesure, la coordination du soin, constituent des dimensions clés du point de vue des usagers pour le soin de médecine générale.

METHODE

Dans la littérature, différentes approches méthodologiques ont été utilisées pour identifier les préoccupations des usagers (étude de satisfaction ; groupe de paroles ; méthode des choix discrets). Nombre d'entre elles souffrent de limites [4]. Notre étude, via l'utilisation de la méthode Delphi « classant » [5], se propose de dépasser certaines de ces limites. Elle utilise un construit psychologique, le continuum d'importance, adapté pour mesurer le point de vue des usagers et permet de guider les personnes interrogées dans la sélection des attributs du soin à l'aide d'une approche par étapes.

A partir d'une revue de littérature centrée sur les attributs du soin de médecine générale, de discussions en groupe de travail et d'études pilotes menées auprès d'utilisateurs, une liste initiale de 40 attributs a été arrêtée. Cet ensemble d'attributs a ensuite été utilisé dans le processus itératif (réalisation de trois tours successifs) de la méthode Delphi. Au final, 70 répondants ont participé aux différentes étapes de cette étude (échantillon raisonné). Ils ont été sélectionnés à partir de deux principales caractéristiques démographiques (genre ; âge) pour lesquelles la littérature internationale montre de façon consistante une influence sur le point de vue des usagers. Chaque étape de la méthode Delphi avait pour objectif d'assister les répondants dans l'identification d'un sous-ensemble d'aspects du soin de médecine générale pour lesquels ils accordaient de façon consensuelle la plus grande importance :

- **Etape n°1 : Noter** l'importance de chaque aspect sur une échelle d'importance en neuf points (« Aucune importance » à « Très grande importance »).
- **Etape n°2 : Sélectionner** les aspects les plus importants (Parmi le sous-ensemble d'aspects ayant obtenu les scores d'importance les plus élevés, chaque répondant devait choisir les cinq plus importants).
- **Etape n°3 : Classer** les aspects par ordre d'importance (Parmi le sous-ensemble de 7 aspects ayant été le plus souvent sélectionné comme étant les plus importants, chaque répondant devait les classer par ordre d'importance/priorité).

RESULTATS

Les usagers accordent globalement une importance relativement élevée au soin de médecine générale, avec un score moyen d'importance de 6.52 (écart-type : 0.85) sur 9. On constate toutefois des différences en fonction des dimensions du soin. Les aspects du soin relatifs à la dimension relation médecin-patient (obtention d'informations sur la maladie ; connaissance de l'histoire médicale du patient ; écoute ; clarté des explications du médecin ; obtention d'informations sur le traitement) et à la dimension coordination (coordination des différents types de soins; aide à l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un spécialiste) revêtent, comme nous l'avions anticipé, une grande importance aux yeux des usagers avec respectivement des scores moyens d'importance de 8.05 (écart-type : 0.81) et de 7.81 (écart-type : 1.57).

A l'opposé, les aspects relatifs à l'organisation des soins de premiers recours, en termes de structure d'exercice ou de caractéristiques du médecin ne semblent pas importants pour les usagers (exercice du médecin en groupe ; exercice du médecin dans une structure pluri-professionnelle ; genre du médecin ; âge du médecin), avec un score moyen d'importance proche de 3 (écart-type : 2.1).

Ces résultats permettent d'apporter un éclairage original sur les changements organisationnels aujourd'hui en cours en France [1]. Ces changements pourront améliorer la perception des usagers de l'offre de soins de premiers recours aux conditions de :

1/ Préserver la capacité d'échange d'informations entre le médecin et le patient, par exemple en :

- Utilisant des ressources numériques permettant d'accéder facilement aux informations relatives au patient enregistrées lors des précédentes consultations
- Mettant à disposition des professionnels de santé des guides ou d'outils d'aide à la communication médecin-patient (exemple : « Dispositif d'Annonce » développé dans le cadre du plan Cancer 1)
- Sensibilisant les professionnels de santé aux techniques de communication

2/ Réduire la fragmentation de la prise en charge médicale globale du patient, par exemple en :

- Incitant à l'adoption de protocoles d'adressage du patient (protocoles précisant dans quelles conditions un patient sera adressé à un médecin spécialiste et les limites de cet adressage)
- Favorisant une prise en charge centrée sur le patient et non pas sur la maladie, à l'aide notamment de la promotion du travail en équipe autour du patient (chaque professionnel de santé devant alors avoir un rôle clairement défini et identifié par le patient)

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Loi du 4 mars 2002 ; Loi du 13 août 2004 ; Loi du 21 juillet 2009.
- Loi du 4 mars 2002 sur les « droits des personnes malades et sur la qualité du système de santé »: Promotion de l'information du patient et de prise de décision partagée avec le médecin. L'information du patient est considérée comme étant une source majeure d'amélioration de la qualité du système de santé.
- Loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance Maladie : Création d'un parcours de soins coordonnés basé sur le principe de coordination des soins du patient par un médecin traitant.
- Loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » : Régionalisation de l'organisation des soins pour favoriser le développement d'une offre de services adaptée aux besoins locaux et attentes de la population.
- [2] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83:457-502.
- [3] Jung H, Wensing M, Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Family Practice.* 2000; 17: 236-242.
- [4] Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, van Teijlingen ER, Russell EM, Napper M, Robb CM. *Health Technology Assessment.* 2001; Vol. 5: No. 5.
- [5] Mertens A, Cotter K, Foster B, Zebrack B, Hudson M, Eshelman D, et al. Improving health care for adult survivors of childhood cancer: recommendations from a Delphi panel of health policy experts. *Health Policy.* 2004. 169 : 169-178.

ETAT D'AVANCEMENT

Article soumis à la revue *Health Expectations* (en 2^e lecture)

CALENDRIER PREVISIONNEL

Valorisation sur le plan national à travers la rédaction d'une publication Irdes : Points de vue des usagers sur la médecine générale, *Questions d'économie de la santé.*

Valorisation sur le plan international à travers la présentation de cette étude lors de congrès (*7th Health Services & Policy Research conference* – 5/7 décembre 2011).

Fiche n° 2

Enquête de choix discrets auprès de patients atteints de maladies chroniques

AXE DE RECHERCHE : Les préférences de la demande : « Quel consentement à payer des usagers (CAP) pour ces nouvelles structures ? »

RESPONSABLE ET EQUIPE : Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant et Nathalie Pelletier-Fleury

PROBLEMATIQUE

L'évolution épidémiologique de la population constitue un défi majeur pour l'offre de soins de premiers recours. En France, près de 6.5 millions de personnes déclaraient avoir au moins une affection longue durée (ALD) reconnue par le régime général (classement ALD 30) en 2004 [1]. En 2009, ils étaient environ 8.6 millions et à l'horizon 2012 près de 10 millions. Cette situation n'est pas spécifique au cas français. Aux Etats-Unis, ces évolutions sont encore plus marquées, en 2004, environ 125 millions d'individus souffraient d'au moins une ALD (soit près de 40 % de la population) et environ 60 millions d'entre eux présentaient plusieurs pathologies chroniques [2].

Cette forte croissance de la part des patients chroniques dans les bénéficiaires de l'offre de soins de premiers recours constitue un défi majeur car ces patients présentent des besoins spécifiques de prise en charge médicale, notamment en termes de coordination et d'information.

A ce jour, le nombre d'initiatives visant à améliorer la réponse de l'offre de soins de premiers recours aux besoins des patients chroniques reste relativement limité. L'organisation dominante des soins reste un modèle de réponse rapide à des besoins médicaux ponctuels (épisodes de soins aigus) [3]. Cette relative inadéquation de l'offre de soins aux besoins des patients chroniques constitue un élément majeur de son inefficience [4]. En 1996, près de 40 % des patients chroniques aux Etats-Unis déclaraient avoir rencontré au moins un problème d'accès (accessibilité financière ; disponibilité ; etc.) ou de compréhension avec l'offre de soins (quel professionnel de santé faut-il contacter ; etc.). En 2008, une étude internationale réalisée dans huit pays de l'OCDE auprès de patients chroniques montrait que plus de la moitié des répondants perçoivent d'importantes possibilités d'amélioration de l'offre de soins, et que pour plus d'un tiers des patients chroniques aux Etats-Unis, le système de santé devrait être complètement refondé [5].

Pour tenter de répondre à ces nouveaux défis, différents modèles de soins de premiers recours ont été élaborés à partir des spécificités du patient chronique depuis la fin des années 90. Le « Chronic Care Model » (CCM) [6] constitue une des initiatives les plus abouties, il est aujourd'hui largement diffusé et a fait l'objet de plusieurs tentatives de transpositions dans d'autres Pays. Ce type de modèles est fondé sur une réorganisation de la pratique des soins de premiers recours à partir de modifications intervenant autant au niveau de la relation entre le professionnel de santé et le patient (partage de la décision médicale, facilité la communication du patient, etc.), qu'au niveau des modalités de prise en charge du patient (nombre et rôle des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge, utilisation d'outils de communication pour améliorer le suivi du patient). Cependant, ces propositions imposent des évolutions importantes et peuvent être difficiles à mettre en œuvre en pratique.

L'objectif de cette étude est de déterminer en France les préférences des patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques pour les aspects novateurs de la prise en charge médicale comme décrite par le CCM (aide à l'autogestion par le patient ; consultation de groupe ; suivi spécifique des pathologies chroniques). Les résultats de cette étude doivent

permettre d'identifier du point de vue des patients quels sont les aspects du CCM à mettre prioritairement en œuvre dans la pratique médicale courante afin d'améliorer efficacement la réponse de l'offre de soins de premiers recours aux besoins des patients chroniques. Une des principales hypothèses de cette étude est que les patients atteints de plusieurs pathologies chroniques ne constituent pas une population homogène et que leurs préférences pour les aspects de la prise en charge médicale dépendent fortement du nombre de leurs pathologies, ainsi que de la réponse médicale qui leur est actuellement apportée.

METHODE

La sélection de la méthode utilisée pour réaliser cette étude repose sur une revue de littérature relative aux méthodes d'analyse conjointe de révélation des préférences, notamment la méthode des choix discrets. Cette revue de littérature porte sur plus de cent références et fait actuellement l'objet d'un article en cours de rédaction.

Pour réaliser cette étude, un questionnaire auto-administré en trois parties est utilisé :

- Partie 1 : Informations sur le répondant
- Partie 2 : Evaluation des préférences des patients pour les aspects du CCM à l'aide des méthodes « Best Worst Scaling » et de « Choix Discrets ».
- Partie 3 : Evaluation de la prise en charge actuelle du patient

Ce questionnaire sera administré à cent quatre-vingts patients chroniques, recrutés au sein du sein de l'hôpital Saint-Antoine à partir de critères d'éligibilité spécifiques (avoir déclaré un médecin traitant en médecine de ville ; avoir au moins deux pathologies chroniques).

L'étude a débuté en novembre 2010. La période d'inclusion prévue est de quatre mois.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Weil et al, 2006
- [2] Anderson et al, 2004
- [3] Wagner, Brian, Davis, Hindmarsh, Schaefer, Bonomi. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. 2001. Volume 20.
- [4] Holman, Lorig. Patients as partners in managing chronic disease: Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. BMJ. 2000.
Anderson, Horvath. The Growing Burden of Chronic Disease in America. Public Health Reports. 2004.
- [5] Schoen, Osborn, How, Doty, Peugh. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs in eight counties, 2008. Health Affairs. 2008.
- [6] Bodenheimer et al. Improving primary care for patients with chronic illness, Part 1 & 2. JAMA. 2002.

ETAT D'AVANCEMENT

Revue de la littérature relative aux méthodes d'analyse conjointe de révélation des préférences en santé (article en cours de rédaction).

Etude en cours de réalisation.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Mars 2011 : premières analyses.

Mai 2011 : rédaction d'un article pour une revue à comité de lecture.

VALORISATION

Exploitation des résultats dans le cadre de publications et de congrès.

Fiche n° 3

L'évaluation des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)

AXE DE RECHERCHE Analyse économique 2 l'étude des liens entre les formes d'organisations des soins de premiers recours et leurs résultats en termes d'efficacité, d'efficience et d'équité

RESPONSABLE ET EQUIPE : Julien Mousquès, Anne Aligon, Caroline Allonier, Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Michel Naïditch

PERIODE DE REALISATION : 3^e trimestre 2009 – 4^e trimestre 2013

PROBLEMATIQUE

Le présence d'incertitude et d'asymétrie d'information dans la relation entre producteur, le médecin ou un autre professionnel de santé, et le consommateur, le patient ou l'assuré, comme leurs conséquences, ont été abondamment traité dans la littérature en économie de la santé [1]. L'une des implications de ces phénomènes réside dans le fait que la nature du processus de décision médicale est source de possible grande divergence des producteurs quant au choix de la meilleur fonction de production à situation équivalente : the « *healer's dilemma* » ou le phénomène de « *medical practice variation* » [2,3]. On en trouve de nombreuses illustrations dans le contexte français tant pour les pratiques de prévention ou de traitement, de pathologie chronique [4] ou aigüe [5]. Si bien que, pour les seuls patients diabétiques, il n'y a eu aucune amélioration notable de la qualité des prises en charge au cours de la dernière décennie [6].

Les recherches visant à mesurer et identifier les sources de l'hétérogénéité des pratiques médicales insistent tantôt sur la primauté des différences de préférences ou d'habitudes individuelles des médecins – suggérant alors de mettre en œuvre des politiques d'élaboration et de diffusion de recommandations de pratiques médicales –, tantôt sur la primauté des différences dans le contexte social et organisationnel de la pratique –, fondant alors plus d'espoir dans des interventions ciblées sur l'organisation des soins ou la régulation de la pratique. Il s'agit alors principalement, souvent de façon conjointe, de modifier les modes rémunération, de mettre en place des programmes de « *disease/case/patient management* » ou encore de soutenir le regroupement des généralistes avec d'autres professionnels de santé afin de favoriser le travail en équipe [7-9].

C'est sur ce dernier point que nous nous concentrons en cherchant à établir le lien entre les pratiques de regroupement et de coopération interprofessionnelles et la performance, en France.

D'un point de vue théorique les formes organisationnelles de premiers recours regroupées nécessitent de passer d'un modèle d'analyse de l'exercice individuel, classique (de type revenu-travail-loisirs), à un modèle spécifique dans lequel les comportements individuels sont modifiés par les relations économiques et professionnelles entre les membres du groupe et qui tient compte de la capacité de ces structures collectives à générer, comparativement à l'exercice isolé, des économies de gamme et d'échelle [10].

En effet, en s'inscrivant dans la filiation des recherches issues de la théorie des firmes et des coûts de transactions [11-13], comme du travail en équipe [14-15], quelques auteurs ont investigué l'apport théorique du regroupement pluri-professionnel dans le champ des soins ambulatoire [16-19]. Ils avancent les arguments suivant :

- d'une part que ces modes d'organisation génèrent des économies de gamme (les « coûts de production » de n produits diminuent lorsqu'ils sont produits de façon jointe plutôt qu'isolement) en raison de leurs capacités à minimiser les coûts de transaction, associés à la nécessaire coordination des compétences, moyens, ressources des intervenants en ambulatoire, utiliser de façon commune des facteurs de production et à redéployer les savoir faire ;
- d'autre part que ces modes d'organisation génèrent des économies d'échelle (le coût moyen baisse quand la production augmente) en raison de la présence de coûts fixes indivisibles et/ou d'acquisition des connaissances nécessaires pour une bonne « spécialisation » de l'offre de premiers recours.

Tout en prédisant qu'il convient de tenir compte :

- d'une part du nécessaire arbitrage entre partage des risques financiers (partage des coûts et/ou des revenus) et efficacité (compensation des efforts fournis) doit être trouvé, en raison de relation d'agence et d'asymétries d'information entre les membres du groupe – sur les efforts fournis, les revenus glanés ou encore la qualité produite – source possible de comportement de passager clandestin ;
- d'autre part de la présence d'une « culture » du groupe et/ou des professionnels au sein du groupe, les processus d'interactions sociologiques entre les individus (comparaison des revenus, des efforts à produire, de l'entraide ...).

Enfin sans que cela ait été investigué de façon théorique il semble bien que les exercices collectifs pluridisciplinaires soient plus attractifs, puisque qu'ils favorisent de meilleures conditions de travail (rupture d'avec l'isolement) ainsi qu'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Les résultats empiriques concernant la coopération entre généralistes et infirmières sont convergents: dès lors que les infirmières sont formées correctement pour des interventions spécifiques (prévention, premier contact et orientation, suivi de patient chronique...) elles peuvent proposer des soins et services avec un niveau de qualité au moins équivalent – voire supérieur en complémentarité – avec une satisfaction plus grande pour le patient. L'ampleur de réduction des coûts et de gain d'efficacité, dépend des différentiels de salaire et de productivité entre des infirmières et généralistes et du taux de duplication des actes. Nous avons conduit une évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dénommée « Asalee » pour des patients diabétiques de type 2 et aboutissant au même constat [20]. Par contre le lien entre regroupement, culture de groupe et performance (productivité, efficacité, efficacité), comme le rôle joué par les incitations, ne fait pas consensus au regard des résultats empiriques. Nous avons néanmoins pu constater pour les MSP que la qualité des soins pour les patients diabétiques de type 2 était meilleur pour certains indicateurs comme le suivi en termes d'hba1c.

HYPOTHESES

L'hypothèse principale posée dans ce cadre est que les exercices collectifs pluridisciplinaires sont plus attractifs – puisqu'ils favorisent de meilleures conditions de travail ainsi qu'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle – et plus performants (plus efficaces et plus efficaces, voire plus équitables) – du fait de leur capacité à générer des économies de gammes et d'échelle –, que les autres.

Nous pouvons par ailleurs poser les trois sous hypothèses suivantes : la part actuelle du financement s'appuyant sur le paiement à l'acte constitue une barrière à la mise en place

de coopération et travail en équipe ; les comportements individuels sont modifiés par les relations économiques et professionnelles entre les membres du groupe et notamment qu'il convient de tenir compte : d'un nécessaire arbitrage entre partage des risques financiers (partage des coûts et/ou des revenus) et efficacité (compensation des efforts fournis), en raison de la présence de relation d'agence et d'asymétries d'information entre les membres du groupe source possible de comportement de passager clandestin ; de la présence d'une « culture » du groupe et/ou des professionnels au sein du groupe, les processus d'interactions sociologique entre les individus (comparaison des revenus, des efforts à produire, de l'entraide...).

OBJECTIFS

Les objectifs principaux consistent à évaluer l'impact des variétés des modalités de financement et des formes d'organisation, en termes de regroupement et travail en équipe, sur l'efficacité des pratiques de prise en charge, leurs coûts voire leurs efficacités et équité, comparativement à celui d'autres modes d'exercice traditionnel (regroupé mono-disciplinaire ou isolé).

En termes d'opération de recherche cela consiste à évaluer les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Les ENMR visent simultanément à passer un contrat avec trois types de structures pluridisciplinaires de premiers recours – les maisons de santé (MSP), pôles de santé (PDS) et centres de santé (CDS) – représentant un collectif de professionnels, portant sur des montants forfaitaires complémentaire du paiement à l'acte, en échange d'une contrepartie en termes de qualité et d'efficacité. Trois modules de financement expérimentaux sont imaginés à ce jour - forfait pour les missions coordonnées modulé à la performance, nouveaux services aux patients dont l'éducation thérapeutique ; coopérations entre professionnels de santé – et seuls les deux premiers sont aujourd'hui mis en œuvre. Les ENMR sont pilotée par la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) en relation avec l'UNCAM. Les ENMR sont mises en œuvre au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS).

METHODE ET SOURCES D'INFORMATION

Nous appliquons un cadre d'évaluation global avant/après contrôlé, qui vise à comparer nos cas – en termes d'environnement, d'organisation et de production des soins (structure et processus) et de résultats (activité des professionnels (généraliste, infirmiers, kinésithérapeutes et consommation de soins des patients/assurés) ; efficacité et efficacité des pratiques et des parcours de soins) – à différentes catégories de groupes témoins (« locaux » et « nationaux »). Pour chacune des opérations de recherche et de sous dimension de la recherche, une source de donnée spécifique est mobilisée (cf. annexe n° 2).

Une 1^{ère} vague d'expérimentations est entrée dans sa phase opérationnelle le 1^{er} janvier 2010, elle concerne plus de quarante sites répartis dans six régions pilotes. A la fin du premier semestre 2010, nous recensons 20 maisons de santé (MSP) ou pôles de santé (PDS) et 27 centres de santé pour 12 centres de gestion (CDS). Il s'agit de sites expérimentateurs volontaires, sélectionnés et répartis dans les 6 régions pilotes (Bretagne, Bourgogne, Franche-Comté, Île-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes). Une 2^{nde} vague d'expérimentations sera lancée à partir de septembre 2010 et sera opérationnelle au 1^{er} janvier 2011, dans l'ensemble des régions françaises.

Des témoins locaux, les zones locales témoins (ZLT), sont définies comme des agrégations de communes et constituées sur la base des zones de « chalandise » principales des sites expérimentateurs. La population « témoin » correspond alors aux professionnels de santé n'exerçant pas dans l'un des sites expérimentateurs mais dans la ZLT propre à chaque site ainsi qu'à leurs patients. Ces témoins nous permettent de répondre au premier objectif intermédiaire – l'analyse comparative aux autres modes d'exercice – tout en tenant compte des effets contextuels propres à la variété des environnements dans lesquels ils s'inscrivent (rural, rural isolé, montagne, urbain, urbain défavorisé...).

Des témoins nationaux, de généralistes et de leurs patients/assurés, membre de l'Observatoire de la Médecine Générale de la Société Française de Médecine Générale (OMG-SFMG, environ 100 généralistes) ou candidats à cet observatoire (environ 700 généralistes). Les informations généralistes et patients collectées aujourd'hui dans ces deux échantillons en routine seront complétées d'informations sur la nature de leur exercice professionnel (groupe, solo...) sur la base d'une enquête en décembre 2010 avec un appariement aux données de remboursements dans le cadre d'un projet de l'équipe émergente PROSPERE en cours de réalisation. Ce groupe témoin nous permettra de répondre au premier objectif intermédiaire, pour sa composante de performance des soins et services délivrés, comme au second, tout en tenant compte des variétés des modes d'exercice (exercices collectifs mono ou pluri, isolés). En revanche il sera moins aisé de tenir compte des effets contextuels propres à l'environnement dans lesquels ils s'inscrivent comparativement à celui des sites expérimentateurs.

L'environnement d'implantation des sites expérimentateurs sera documenté sur la base de données principalement issues de l'Insee et de l'Assurance maladie.

L'organisation de la production des soins (structure et processus) sera documenté sur la base d'une enquête auprès des sites, par questionnaire, répétée entre 2011-2013, complétée d'une enquête qualitative sociologique (entretien et observation participante) dans trois sites.

Les résultats (productivité, efficacité, efficience) seront documentés à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie (les extractions de données sont en cours). Les données relatant de l'activité des professionnels ou des caractéristiques des patients/assurés ainsi que de leurs consommation de soins – sociodémographique (âge, sexe, CMU), actes produits et prestations remboursées/versées en ambulatoire, les données relatives aux séjours hospitaliers et notamment les informations du PMSI, les informations relatives aux ALD des patients – seront issues du système national d'information inter régime pour les bénéficiaires chaînées aux données du PMSI.

RESULTATS

Une première extraction des données de l'Assurance maladie a pu être réalisée pour les années 2008-2009 en septembre-octobre 2010 pour la première vague d'inclusion des sites (47 sites pour 458 professionnels, dont 168 généralistes et 181 589 assurés) et de leurs témoins respectifs (1 467 généralistes et 885 045 assurés). Les terrains d'enquête spécifiques auprès des sites expérimentateurs et témoins ont débuté depuis Octobre 2010 et se poursuivront jusqu'à la fin du premier trimestre 2011, puis seront renouvelés une fois par an.

ETAT D'AVANCEMENT

Extraction des données et terrains d'enquêtes en cours

La première année 2009-2010 a été consacrée à l'élaboration d'un protocole d'évaluation détaillé à la réalisation des démarches réglementaires ainsi qu'à l'extraction des données de l'assurance maladie pour les années 2008 et 2009 pour les sites de la première vague.

Les autres terrains d'enquêtes sont en cours.

VALORISATION

Publications

Bourgueil Y., Mousquès J., Clément MC, Couralet PE, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 147, Octobre 2009.

Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y., Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé publique*, suppl. au n° 4, S79-S90, 2009/07/08

Mousquès J., Renaud T., Scemama O. Is the "Practice Style" Hypothesis Relevant for General Practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis. *Social Science & Medicine* 70 (2010) 1176–1184

Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur Ph., Yilmaz E. Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. *Health Policy* 98 (2010) 131–143.

Luciano L., Mousquès J., Bourgueil Y. Payment Pilots in Primary Care Group Practices. 2010, *Health Policy monitor*.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] McGuire, T. G. (2000). Physician agency. In A. J. Culyer, & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 461–536). Amsterdam: Elsevier.
- [2] Phelps, C. E. (2000). Information diffusion and best practice adoption. In A. J. Culyer, & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 223–264). Amsterdam: Elsevier
- [3] de Jong, J. D. (2008). Explaining medical practice variation: Social organization and institutional mechanism. Utrecht: Nivel.
- [4] Pelletier-Fleury, N., Le, V. M., Hebbrecht, G., & Boissault, P. (2007). Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France. *Health Policy*, 81(2–3), 218–227.
- [5] Mousquès J., Renaud T., Scemama O. Is the "practice style" hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis. *Social Science & Medicine* 70 (2010) 1176–1184
- [6] Robert J. & al Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001, *BEH thématique* 42-43 / 10 novembre 2009
- [7] Tollen L. Physician organization in relation to quality and efficiency of care. A synthesis of recent literature. Kaiser Permanente Institute for Health Policy, The commonwealth fund. New York; 2008.

- [8] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
- [9] Beaulieu N, Cutler DM, Ho K, Isham G, Lindquist T, Nelson A, et al. The business case for diabetes disease management for managed care organizations. *Forum for Health Economics & Policy* 2006;9(1).
- [10] Scott A. "Economics of general practice" in "Handbook of health economics", volume 1A, Ed. Culyer A.J. & Newhouse J.P. 2000.
- [11] Coase R. *The Nature of the Firm* (1937).
- [12] Arrow K. (1969), "Classificatory Notes on the Production and Transmission of Technological Knowledge", *American Economic Review*. Papers and Proceedings, 59 (2): 29-35.
- [13] Williamson, O. (1975), *Markets and Hierarchies : Analysis and Antitrust Implications*, New. York, The Free Press.
- [14] Holmstrom, B. et Milgrom, P. (1991), "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7, 24-52.
- [15] Prendergast, C. (2002), "The Tenuous Trade-Off between Risk and Incentives", *Journal of Political Economy*, 110(5), 1071-1102. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691-729).
- [16] Thomas E. Getzen. NA "Brand Name Firm" Theory of Medical Group Practice. *The Journal of Industrial Economics*, Vol. 33, o. 2 (Dec., 1984), pp. 199-215
- [17] William E. Encinosa , Martin Gaynor, James B. Rebitzer. The sociology of groups and the economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems *Journal of Economic Behavior & Organization* Vol. 62 (2007) 187–214
- [18] Martin Gaynor and Paul Gertler. Moral Hazard and Risk Spreading in Partnerships. *The RAND Journal of Economics*, Vol. 26, No. 4, Symposium on the Economics of Organization (Winter, 1995), pp. 591-613
- [19] Sarma S., Devlin RA., Hogg W. Physician production of primary care in Ontario, Canada. *Health Econ.* 19: 14–30 (2010).
- [20] Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur Ph., Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 98 (2010) 131–143.

Fiche n° 4

En quoi l'exercice regroupé en soins de santé primaires favorise-t-il la mise en œuvre de pratiques de prévention et d'éducation ?

Axe de référence : Analyser les dynamiques au sein des organisations des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie.

RESPONSABLE et EQUIPE: Cecile Fournier, Michel Naiditch, Julien Mousquès, Yann Bourgueil, Martine Bungener,

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

Les pratiques de prévention et d'éducation intégrées aux soins sont illustratives d'un pan nouveau (ou en évolution) de l'activité des médecins, qui se décline dans trois domaines investis au quotidien par les médecins généralistes, parfois en collaboration avec d'autres acteurs : la prévention médicalisée, basée sur des actes prescriptifs et plutôt techniques (vaccination, dépistage, etc.), les démarches d'éducation pour la santé (abordant la sexualité, la parentalité, les addictions, etc.) et l'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Aujourd'hui de nombreux discours convergent sur l'importance de développer ces pratiques préventives et éducatives en médecine générale, et d'en améliorer la qualité. Ces discours reposent sur des argumentations variées et renvoient à des objectifs différents, entre souci d'atteinte de certains objectifs de santé physique à un niveau individuel ou populationnel, souci de réduction des inégalités sociales de santé, souci de réponse aux besoins des patients notamment en matière de qualité de vie, souci de meilleure organisation des soins, souci de coopération entre professionnels pour une meilleure efficacité avec les moyens disponibles ou souci de qualité de la démarche éducative.

En dépit de ces convergences, il existe aujourd'hui des freins importants au développement de pratiques de prévention et d'éducation en médecine générale, liées à différents types de facteurs. Un premier facteur trouve son origine dans les tensions liées à l'histoire de la médecine générale et plus récemment à la constitution de la spécialité, s'accompagnant de conceptions et d'approche différentes de la prévention et des démarches éducatives s'adressant aux patients. Un second facteur résulte de l'organisation actuelle de la médecine générale qui freine l'exercice pluri professionnel nécessaire à ces pratiques. En effet les modalités d'exercice dominantes se situent soit en cabinet individuel, soit en cabinet de groupe mais sans réel partage du suivi clinique entre associés ou avec des paramédicaux, cet état de fait étant renforcé par l'isolement important des professionnels exerçant en milieu rural. Le paiement à l'acte constitue également un obstacle reconnu au développement de pratiques préventives et éducatives, aujourd'hui accru par des contraintes démographiques et financières. Un troisième facteur est lié à la complexité, à la diversité et à la variabilité des besoins des populations auxquelles sont confrontés les médecins généralistes sans y être préparés par leur formation. Cette complexité est liée notamment à l'importance des déterminants sociaux dans la genèse des comportements de santé, dans le développement des maladies et dans la gestion des situations cliniques.

Les pratiques de prévention et d'éducation, situées au cœur des enjeux actuels de la médecine, constituent ainsi un objet riche pour « comprendre comment les médecins généralistes composent avec leur métier et environnement ; comment ils tentent de s'inscrire dans les multiples changements de pratiques et savoirs médicaux, et plus

largement de la société, et notamment dans les transformations des mécanismes de régulation financière qui affectent leur mode d'exercice et leur univers professionnel quotidien » (Bungener et Baszanger, 2004).

Face au morcellement de la prise en charge lié à l'organisation fragmentée du système de santé, certains professionnels de santé (médecins et paramédicaux) ont commencé à développer des modalités d'exercice regroupé, notamment dans des réseaux et des filières de prise en charge (Baszanger et Bungener, 2004), et ont expérimenté de nouvelles formes de coopération et de délégation de tâches (Berland et Bourgueil, 2010).

Cependant ces formes organisationnelles ne permettent pas de lever le frein important, pour les pratiques de prévention et d'éducation, que constitue la dominance de la rémunération à l'acte de l'ensemble des professionnels du secteur des soins primaires. La **Loi** du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ouvre précisément la possibilité d'expérimenter de nouvelles modalités de rémunération des professionnels de santé, au sein de toute structure pluri professionnelle ambulatoire (maisons, centres, pôles et réseaux de santé) offrant des soins de premier recours et ayant formalisé un projet de santé et visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins. L'expérimentation repose sur l'hypothèse que les modalités organisationnelles qui découleront de ces nouveaux financements auront un impact positif en termes d'adaptation de l'offre de santé aux besoins des patients (à l'échelle populationnelle et individuelle) et en termes de performance. En sus d'un module sur la coordination, obligatoire, et auquel est associé un forfait financier destiné à favoriser les pratiques collectives, il existe un module spécifique pour des actions d'éducation thérapeutique ou de coopération inter professionnelles auxquelles sont associés des sommes forfaitaires.

Nous faisons l'hypothèse que l'exercice regroupé dans des lieux tels que les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires, bénéficiant de ces modalités de rémunération, permet de faciliter la mise en œuvre de nouvelles pratiques éducatives et préventives, de développer l'offre en ce domaine et d'améliorer la qualité des pratiques.

OBJECTIFS

Notre travail poursuit quatre objectifs :

- décrire les pratiques de prévention et d'éducation dans le cadre des nouveaux modes d'exercice en médecine libérale, en se centrant sur trois types d'approches illustratives d'enjeux importants (dépistage, éducation pour la santé et éducation thérapeutique) ;
- étudier comment les professionnels de santé s'organisent et coopèrent pour produire de nouvelles prestations préventives et éducatives, au fur et à mesure de leur mise en place ;
- étudier le travail de reconnaissance mené au niveau institutionnel ;
- dégager des recommandations pour le développement en pratique libérale de pratiques de prévention et d'éducation adaptées aux besoins.

METHODE

Nous développerons plusieurs types de méthode, afin de coupler des approches macro et micro, et éventuellement de compléter l'approche qualitative par une approche quantitative.

Une des approches qualitatives sera fondée sur des *observations de longue durée et sur des entretiens avec des professionnels de santé et des patients*, au sein de trois sites

présentant des *caractéristiques différentes* : une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ayant proposé des activités dans le forfait « éducation thérapeutique », une MSP n'ayant pas proposé d'activités dans le forfait « éducation thérapeutique » et un centre de santé. Les observations porteront sur des réunions d'équipe, sur des temps informels et sur des situations de prévention et d'éducation s'adressant à des patients individuellement ou en groupe.

Nous analyserons de manière inductive (Strauss, 1992) les discours, les catégories de pensée, les logiques et les représentations en matière de prévention et d'éducation, de rôle professionnel. Nous étudierons également en quoi ces pratiques répondent aux besoins et attentes des bénéficiaires et des professionnels impliqués. Les résultats seront analysés à l'aune des données publiées sur les pratiques éducatives et préventives mises en place dans des réseaux de santé et des cabinets individuels, afin de saisir les points communs et les spécificités des pratiques développées dans ces différentes formes d'organisation, et les apports éventuels des nouvelles modalités de financement. Les résultats seront articulés avec ceux produits dans les autres axes de recherche du projet PROSPERE.

Si l'approche qualitative exploratoire débouche sur des résultats et questionnements nouveaux qu'il apparaîtrait intéressant de tester à plus grande échelle, une approche quantitative complémentaire auprès des MSP sera envisagée dans un second temps sur l'un des sous-thèmes étudiés

Une approche qualitative complémentaire sera conduite pour étudier le travail de reconnaissance institutionnelle de la prévention et de l'éducation, à travers l'analyse des écrits produits par les syndicats de médecins sur ces pratiques dans le passé et pendant la période de la thèse. Elle s'appuiera également sur des entretiens de personnes-clés impliquées dans un travail de reconnaissance de ces pratiques, notamment au sein du Collège unique de médecine générale.

ETAT D'AVANCEMENT

Projet de thèse déposé et accepté dans l'école doctorale de paris ? (Jean Bouillet) protocole en cours de finition.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Début du travail sur terrain (enquête de 18 mois) à partir de février-mars 2011.

VALORISATION

Sur trois ans : au moins trois articles scientifiques dans des revues de sociologie et/ou de santé publique à comité de lecture + communications en congrès.

Fiche n° 5

Analyse des déterminants de l'épuisement professionnel des médecins généralistes - Le cas des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

Axe de référence : L'analyse économique 1 – les incitations des offreurs

RESPONSABLE ET EQUIPE : Carine Franc et Marc Le Vaillant

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

Le principe du médecin traitant, introduit par la loi d'août 2004, place le médecin généraliste au cœur du système de soins de premiers recours, comme « le » responsable de la coordination entre les différents spécialistes, l'hôpital (etc.) [1]. Ce statut aurait pu apparaître comme une certaine reconnaissance du rôle du médecin généraliste. Fondamentalement, il instaure du côté du médecin « seulement » quelques forfaits de coordination ou de suivi, le médecin restant strictement dans le cadre de l'exercice libéral rémunéré par paiement à l'acte [1]. Du point de vue de l'organisation générale et du parcours des patients dans le système, il semble que les recours directs aux spécialistes entre 2004 et 2006 aient sensiblement diminué et ce particulièrement pour certaines spécialités – ORL et dermatologie [2]. Dans le même temps, le nombre total de consultation de médecin per capita passait entre 2004 et 2006 de 7,3 à 7, suggérant que le contenu des consultations et notamment celles réalisées par les médecins généralistes s'est intensifié. Pourtant, dans le même temps, les médecins semblent décrire et revendiquer des attentes nouvelles [3-5] au travers d'expériences récentes de différents modes d'organisation de leurs pratiques [6] et notamment en termes de gestion du temps de travail [7]. Dans cet environnement, les financeurs, particulièrement le régime général [8], comme les médecins paraissent aujourd'hui favorables à une réévaluation voire une adaptation du mode de rémunération des médecins, comme le laisse penser le succès de l'adhésion des médecins généralistes au dispositif du CAPI (Contrat d'amélioration de Pratiques Individuelles, de 5 000 à la fin de l'été 2009 à 14 800 au début du mois de septembre 2010). Cette valorisation de la qualité ou de la performance ne semble pourtant pas de nature à résoudre le malaise des médecins généralistes. En effet, ce mal-être des médecins généralistes a été étudié et mis en évidence sous le nom d'épuisement professionnel et de « burn out » [9,10]. Les facteurs traditionnels qui expliquent ce sentiment sont le stress, le sentiment d'échec, une certaine usure professionnelle etc. Malgré un certain nombre de réformes récentes qui visent à valoriser la position du MG dans le système de soins primaires, tant sur la formation des médecins, que dans le parcours de soins lui-même où le MG joue aujourd'hui un rôle central, des difficultés semblent persister voire s'aggraver. Des déterminants ont été mis en évidence, comme la durée hebdomadaire de travail, l'accompagnement de patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, les conflits travail-famille, voire ses compétences mises en cause par les patients, des contentieux judiciaires, etc. [10]. Certains de ces facteurs paraissent difficiles à modifier à court terme.

OBJECTIF

L'idée est de mieux comprendre les facteurs d'épuisement professionnel des médecins généralistes. Quel poids notamment de la production d'un chiffre d'affaire, quel poids des contraintes liées à la pratique médicale (permanence des soins, horaires d'ouverture des cabinets) ? Est-ce que l'exercice en groupe plébiscité par une majorité de jeunes médecins

permet de résoudre ces difficultés ? Existe-t-il des leviers d'action à court terme pour remédier et prévenir cet épuisement ?

METHODE

Construction d'un modèle logit pour isoler les déterminants pour un médecin de déclarer « ressentir souvent un sentiment de burn out ».

RESULTATS

Les médecins répondants de notre échantillon sont 21.8% à déclarer ressentir souvent un sentiment de « burn out ». Ce sentiment semble être associé avec des difficultés rencontrées dans la pratique de routine, comme le fait d'avoir déjà senti un sentiment d'insécurité ($p < 0.001$), de considérer que les patients se considérant plus informés constituent souvent une contrainte supplémentaire ($p < 0.02$) ou encore exprime davantage ressentir des difficultés liées à sa patientèle ($p < 0.02$).

A l'inverse, ni le chiffre d'affaire, ni même la satisfaction des médecins au regard de la rémunération de leur activité libérale ne semblent être déterminant alors même que seuls 33.1 % d'entre eux expriment une satisfaction. Par contre, il semble que la satisfaction directe que chaque médecin exprime au regard de sa profession et le sentiment de gratification humaine qu'ils déclarent ressentir souvent sont autant de caractéristiques qui semblent réduire la probabilité de ressentir de l'épuisement professionnel.

Ces résultats descriptifs sont confirmés par l'analyse économétrique dont les résultats sont en cours de rédaction.

REFERENCES

1. Ministère de la Santé et des Solidarités. Médecin référent, médecin traitant: ce qui va changer. Dossiers d'actualité, Janvier 2005.
http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/actu/medecinref_0105/changer.htm
2. Le Fur P, Yilmaz E. (2008). « Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie - Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006 », Irdes *Questions d'Economie de la Santé* n° 134. Aout 2008.
3. Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. "L'exercice de la médecine générale libérale, Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises". Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - Etudes et Résultats, 610, Nov 2007.
4. Attal-Toubert K., Legendre N. « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres ». Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - Etudes et Résultats, 578, Juin 2007.
5. Haut Conseil pour l'avenir de L'assurance maladie (HCAAM). « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux ». 05/2007.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_240507.pdf
6. Bourgueil Y. « Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé ». In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 261-291.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf
7. Bourgueil Y., Cases C., Le Fur P. « Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux: quels enseignements pour un renforcement de la coopération

avec d'autres professionnels ». In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 147-186.

<http://www.has->

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf)

8. Travaux de la commission des affaires sociales, Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam). Mercredi 17 octobre 2007. <http://www.senat.fr/bulletin/20071015/soc.html>
9. Desprès P, Grimbart I, Lemery B, Bonnet B, Aubry C, Colin C. 2010. « Santé physique et psychique des médecins généralistes ». Etudes et Résultats n° 731. Juin 2010.
10. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. 2009. «Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants.», Santé publique SFSP, vol 21, n° 4, pp. 355-364.

ETAT D'AVANCEMENT

Article en cours d'écriture

CALENDRIER PREVISIONNEL

Etape de valorisation.

VALORISATION

Soumission Revue Française des Affaires Sociales – n° spécial « le métier de médecin » ou autre (janvier 2011)

Fiche n° 6

Existe-t-il des profils type de médecins généralistes ? - Construction d'une typologie à partir des données de médecins généralistes de Midi-Pyrénées

Axe de référence : l'analyse économique 1 – les incitations des offreurs

RESPONSABLE ET EQUIPE : Carine Franc, Charles Burdet et Marc Le Vaillant

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

La multiplication récente des modes alternatifs d'organisation de soins de premiers recours atteste de choix individuels d'exercice différents, installation en cabinet de groupe versus en solo, en maison de santé ou autre [1] : les relations « contractuelles » et notamment la réalité des incitations économiques, associées aux différentes structures semblent aussi diverses que les modes d'organisation eux mêmes. En effet, les médecins semblent décrire et revendiquer des attentes nouvelles [2-4] en ligne avec des expériences récentes de différents modes d'organisation de leurs pratiques [5]. Outre ces modes alternatifs d'organisation, de nombreux paramètres semblent influencer l'activité des médecins généralistes tant sur son contenu et dans son intensité que dans l'ampleur du revenu que celle-ci leur permet de dégager. Dormont et Samson (2008) montrent entre autres que le revenu des omnipraticiens du secteur 1 varie selon le sexe, l'existence d'un mode d'exercice particulier et plus mécaniquement selon la durée de travail [8]. Toutefois, Rizzo et Zeckhauser (2007) ont montré que les médecins généralistes de sexe masculin ajustent leur revenu en augmentant leur productivité horaire et non leurs heures de travail effectif [9]. Robelet et al. (2006, repris par Déplaud, 2009) expliquent les différences entre les sexes par une transformation du rapport du médecin à son travail qui s'accompagnerait d'une disponibilité plus restreinte des jeunes médecins. Plus largement que la différence de pratique ou de perception de la pratique des hommes et des femmes médecins, de nombreux autres facteurs sont susceptibles d'influencer les choix de médecins et ce en évoluant au cours du temps. Aulagnier et al. (2007) mettent également en évidence des variations de temps de travail selon l'âge, le sexe, le mode d'exercice et le type d'activité exercé par les médecins. Beauté et al. (2006), dans leur enquête portant sur des médecins généralistes bretons, montrent que les jeunes médecins ont une pratique de groupe préférentielle, et que le mode d'exercice influe sur le type d'activité exercé (participation à la permanence des soins, formation complémentaire) ainsi que sur le volume d'activité annuel. Les pratiques des médecins généralistes sont loin d'être uniformes, mais peut-on établir des profils type de MG ?

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est de comprendre comment les différences de choix de la pratique médicale tant sur le mode d'organisation des médecins généralistes (groupe/solo), que sur le contenu de l'activité déterminent des profils-type de médecins généralistes.

METHODE

A partir des données collectées auprès des 423 médecins généralistes exerçant dans la région Midi-Pyrénées, nous construisons une typologie en utilisant dans un premier temps une méthode d'analyse factorielle (une analyse des correspondances multiples) puis une classification ascendante hiérarchique.

RESULTATS

Travail en cours.

BIBLIOGRAPHIE (PROVISOIRE)

1. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautierd A, Le Fur P, Mousquès J. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », Irdes *Questions d'Economie de la Santé* n° 157. Sept 2010.
2. Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. « L'exercice de la médecine générale libérale, Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises ». Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - *Etudes et Résultats*, 610, Nov 2007.
3. Attal-Toubert K., Legendre N. « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres ». Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - *Etudes et Résultats*, 578, Juin 2007.
4. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM). « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux ». 07/ 2007.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_240507.pdf
5. Bourgueil Y. « Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé ». In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 261-291.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf
6. Bourgueil Y., Cases C., Le Fur P. « Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux: quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ». In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 147-186.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf
7. Beaute. 2007. « Baromètre des pratiques en médecine libérale : résultats de l'enquête 2006 ». *Document de travail* de l'Irdes, n°5
8. Déplaud 2009. « De l'erreur en politique, le cas de la régulation démographique du corps médical en France » (1980-2005), In Ch. Chauviré, A. Ogien et L. Quéré (dir.), *Dynamiques de l'erreur*. Paris, Editions de l'EHESS, 2009
9. Dormont et Samson 2008 : Démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations. *Economie et Statistiques*, n°414
10. Rizzo et Zeckhauser. 2007 : Pushing incomes to reference points: Why do male doctors earn more ? *Journal of Economic Behavior & Organization*, Vol. 63 (2007) 514–536

ETAT D'AVANCEMENT

Article en cours d'écriture

CALENDRIER PREVISIONNEL

Etape de valorisation.

Fiche n° 7

Projet : Construction d'un indicateur composite des motivations intrinsèques du médecin - Le cas des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

Axe de référence : l'analyse économique 1 – les incitations des offreurs

RESPONSABLE ET EQUIPE : Carine Franc, Marc Le Vaillant, stagiaire de fin d'étude de l'ENSAI (choisi parmi trois candidats)

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

La multiplication récente des modes alternatifs d'organisation de soins de premiers recours atteste de choix individuels d'exercice différents : les relations « contractuelles » et notamment la réalité des incitations économiques, associées aux différentes structures semblent aussi diverses que les modes d'organisation eux mêmes. Quelle est la réalité aujourd'hui de l'exercice médical des médecins généralistes libéraux ? Encore aujourd'hui essentiellement rémunérés à l'acte (Bellamy, 2010), sont-ils satisfaits de leur rémunération comme de l'exercice de leur profession ? Rencontrent-ils des difficultés ? À quel niveau ? Et dans cet environnement, y-a t-il des effets « pervers » à renforcer les incitatifs explicites ?

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est d'alimenter le débat sur l'efficacité supposée des mécanismes d'incitations explicites (concernant les incitations monétaires) qui à travers les paiements à la performance, se développent. L'hypothèse du « crowding out effect » qui résume l'idée que plus de motivations extrinsèques diminue la motivation intrinsèque du médecin, est susceptible de remettre en cause cette efficacité ou tout au moins de permettre de mieux cibler les activités médicales qu'elles devraient concerner.

En d'autres termes, il s'agira de valider l'hypothèse : « Est-ce que les MG qui obtiennent le score le plus élevé pour les MI sont ceux qui ont la rémunération la moins élevée? Et ce en fonction de l'âge, du mode d'organisation (sachant qu'une pratique de groupe intégrée pose la question de la redistribution du bonus comme celle de la sanction)? Est-ce que ces médecins sont ceux qui ont le plus tendance à être satisfait de leur rémunération ? Sont-ils ceux qui souffrent le moins de « burn out » ?... sont-ils ceux qui ont une pratique la plus intense ?

METHODE

A partir des données collectées dans le cadre de l'enquête sur les médecins généralistes de Midi-Pyrénées au printemps 2010, l'idée est de construire un indice composite pour caractériser la motivation intrinsèque du médecin à partir des différentes variables susceptible de décrire une dimension de cette motivation - fourniture de prévention (alcool, tabac, toxico, obésité), gratification sur le plan humain, satisfaction professionnelle, enseignement, direction de stage, formation continue, ... - plus généralement, les actes ou actions entreprises par les médecins mais qui sont peu ou pas rémunérées. Ainsi, à partir d'une revue de la littérature, il s'agira de sélectionner les questions qui vont contribuer à cette motivation (question binaire, score, etc.) et à partir de la littérature et de la diversité des variables pertinentes, il s'agira ensuite de sélectionner la meilleure méthode de construction de l'indice composite.

Dans une deuxième étape, ce score, calculé pour chaque médecin, sera utilisé pour tester la validité de l'hypothèse du « crowding out effect » qui résume l'idée que plus de motivations extrinsèques diminuent la motivation intrinsèque du médecin.

RESULTATS

A suivre.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Réalisation d'avril à septembre 2011, puis valorisation.

VALORISATION

A venir.

Fiche n° 8 PHAMEU

Axe de référence : Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premier recours dans le contexte français

RESPONSABLE ET EQUIPE : Yann Bourgueil, Thomas Cartier

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

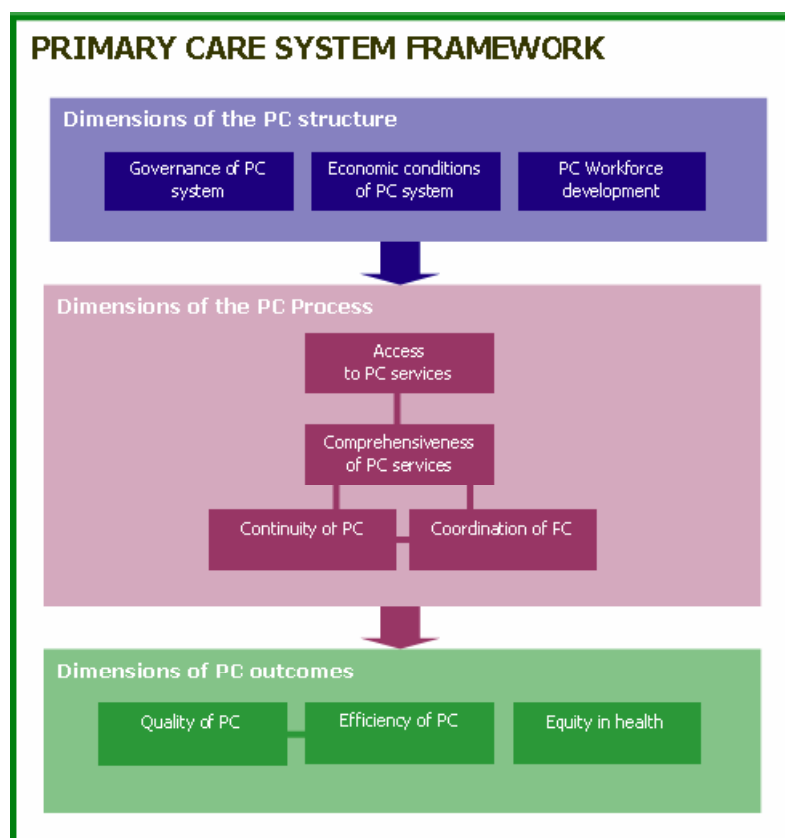
Les systèmes de santé européens se trouvent confrontés à plusieurs défis nouveaux : augmentation de la part des dépenses de santé dans le budget, vieillissement de la population, accroissement des situations de polyopathie, attentes des populations, etc. Les réponses à apporter reposent en partie sur les soins primaires, dont l'organisation à travers les différents pays européens est très variable.

OBJECTIF

Le projet PHAMEU (<http://www.phameu.eu>) vise donc à décrire et analyser les soins primaires dans 31 pays.

METHODE

Pour ce faire, une revue de la littérature sur les indicateurs de performance des systèmes de soins primaires a été effectuée dans un premier temps. La liste d'indicateurs qui en a résulté a ensuite été hiérarchisée sur avis du groupe d'experts européens du projet et a permis de définir le cadre suivant d'analyse :



Les indicateurs sont répartis en plusieurs dimensions (accès, coordination, qualité...). Après collecte des données en rapport avec ces indicateurs, des comparaisons entre pays et des analyses transversales seront effectuées, de manière à produire à la fois de la connaissance brute sur le fonctionnement des systèmes de soins primaires et des documents d'aide à la décision publique.

ETAT D'AVANCEMENT

Le cadre du projet et la revue de la littérature ont déjà fait l'objet chacun d'une publication. Au cours de l'année 2010, les données relatives à chaque pays ont été récoltées en utilisant des bases de données nationales, des résultats d'enquête ou des consensus d'experts. Pour l'équipe IRDES en charge du projet, il s'agissait de récupérer les données françaises, belges et suisses.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Le site Internet proposant la consultation des résultats de manière libre et gratuite sera opérationnel au cours du premier trimestre 2011. Un livre incluant une compilation des 31 rapports nationaux et des chapitres de discussion des résultats est prévu pour le second semestre 2011.

La recherche de contacts en Suisse pour la partie helvétique du projet a permis de tisser des liens d'intérêt forts avec l'Institut Universitaire de Médecine Générale de Lausanne. Des collaborations futures sont prévues dans le courant de l'année 2011, portant sur une analyse méthodologique de l'applicabilité du cadre d'analyse PHAMEU sur des systèmes assurantiels et sur les effets de ces assurances sur l'organisation des soins primaires.

L'intégration de certains indicateurs dans la base de données Eco-Santé sera discutée et réalisée au cours de l'année 2011.

L'organisation d'un séminaire court d'une demi-journée sur la problématique de la création et de l'utilisation des indicateurs de performance en soins primaires, en faisant partir la réflexion à partir du cadre PHAMEU, est prévue pour le premier semestre 2011.

Différents articles scientifiques et QES sont également au programme, traitant notamment des rapports entre organisation des soins primaires et inégalités de santé.

VALORISATION

2 articles ont déjà été publiés sur le projet :

Kringos DS., Boerma WGW., Bourgueil Y. et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice 2010, 11:81.

1 présentation réalisée au congrès de l'EFPC (European Forum for Primary Care) à Pise en août 2010 :

Cartier T., Bourgueil Y., Kringos DS., Boerma WGW. Monitoring the outcome of primary care systems in Europe: results from the PHAMEU project, part III.

Fiche n° 9

Grippe A

Axe de référence : Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premier recours dans le contexte français

RESPONSABLE ET EQUIPE : Thomas Cartier, Yann Bourgueil, Michel Naiditch

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

La pandémie grippale A(H1N1)v survenue en 2009 a mis au défi la solidité et la souplesse des systèmes de santé et en particulier des soins primaires qui, par un certain nombre de caractéristiques (accessibilité, coordination, continuité, implantation locale) pourraient influencer positivement la qualité de la gestion de cette crise sanitaire. Dans ce cadre, nous avons étudié la réponse dans 4 pays différents (Australie, Etats-Unis, France, Royaume-Uni), avec des systèmes de soins primaires très contrastés.

OBJECTIF

Le travail vise à fournir une évaluation comparative de politique publique d'utilisation des soins primaires dans le management de la pandémie grippale A(H1N1)v.

METHODE

Une revue de la littérature scientifique « en temps réel » a été effectuée pendant et à la sortie de la pandémie, associée à une recherche d'informations sur les sites officiels gouvernementaux et les sites nationaux d'épidémiologie.

RESULTATS

L'implication des soins primaires dans la gestion de la grippe A(H1N1)v était très dépendante de leur position habituelle au sein des systèmes de santé : lorsque cette dernière était forte (Royaume-Uni), la réponse s'est majoritairement appuyée sur les soins primaires. A l'inverse, et y compris dans des systèmes en transition récente comme la France, les soins primaires ont été laissés de côté par les plans d'intervention quand leur position pré-pandémie était plus faible. Des résultats annexes suggèrent que l'acceptabilité des campagnes de vaccination était plus forte lorsque les médecins généralistes étaient impliqués dans celles-ci.

ETAT D'AVANCEMENT

Les discussions interdisciplinaires au sein du groupe PROSPERE pendant la pandémie ont fait l'objet d'un intérêt croissant sur le regard qui pouvait être porté sur la gestion de la crise sanitaire en France.

Ce projet a fait l'objet d'un mémoire de master de santé publique à l'Université de Manchester, désormais terminé et rendu.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Un numéro de *Questions d'économie de la santé* traduira et reprendra les principaux points du mémoire.

Un article scientifique issu du mémoire de master et actualisé avec les dernières données est prévu pour une soumission à un journal international (BMJ ?) pour le début de l'année 2011.

Une actualisation du travail dans quelques années, quand les données épidémiologiques et économiques se seront affinées, est à envisager.

Fiche n° 10

Colloque « Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ?

Axe de référence : Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premier recours dans le contexte français

RESPONSABLE ET EQUIPE : Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Michel Naiditch, Julien Mousquès.

OBJECTIF

L'objectif principal de ce séminaire était d'apporter des connaissances et des repères sur les politiques et les pratiques concrètes d'organisation des soins primaires, dans des pays étrangers dont les systèmes sont très contrastés. Un objectif secondaire, dans une logique plus opérationnelle, était d'explorer à la lumière des expériences étrangères, les enjeux et questions posées par l'organisation future des soins de premiers recours en France afin d'en dégager des axes de travail aussi bien pour les acteurs du système de santé que pour les chercheurs.

METHODE

Préparation en amont approfondie à partir des travaux de revue de la littérature.

RESULTATS

Ce colloque s'adressait ainsi en priorité aux différents acteurs qui seront impliqués dans le pilotage et la mise en œuvre de ces politiques dans le cadre des futures ARS. Le public visé comprend les décideurs administratifs Urcam, ARH, DRASS, DDASS, administrations centrales, Cnam, CPAM, les élus politiques (représentants des collectivités territoriales notamment), les professionnels de santé (URML, syndicats, ordres, universitaires), et les chercheurs intervenant sur ce champ. Deux cents personnes, d'appartenance diverses ont participé au colloque.

ETAT D'AVANCEMENT

Travail achevé avec publication des actes en 2010.

VALORISATION

Présentation de ces travaux en séminaire de formation des directeurs d'ARS en Janvier 2010 (intervention Yann Bourgueil)

Les présentations power point sont accessibles sur le site ainsi que les interventions audio des différents intervenants

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Prospere/index.htm>.

Une publication des actes sous la forme d'un numéro spécial de la Revue Française des Affaires Sociales a été réalisée par l'équipe en septembre 2010.

Fiche n° 11

La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé : une première approche bibliographique dans le cadre du projet européen AIR

Axe de référence : Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte français

RESPONSABLE ET EQUIPE : Yann Bourgueil, Florence Jusot, Henri Leleu

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

De nombreuses recherches ont été menées pour comprendre l'origine des inégalités de santé. Elles expliquent principalement ces différences d'état de santé entre groupes par l'influence sur la santé des conditions de vie, individuelles mais aussi collectives au niveau du territoire, par l'influence des conditions de travail sur la santé, par des différences entre groupes dans l'adoption de comportements à risque ou de comportements bénéfiques à la santé. En outre, les inégalités de santé entre groupes sociaux seraient en partie dues à l'influence de la santé sur la réussite sociale.

Dans ces recherches, le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré. Ceci vient d'une part d'un courant de pensée qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé et surtout du constat que ces inégalités de santé demeurent, voire s'accroissent, y compris dans des pays, comme la Grande Bretagne, qui ont instauré un accès aux soins libre et gratuit.

On constate aussi de fortes disparités de consommations de soins entre pays européens et au sein des pays entre groupes sociaux et territoires, et ce, y compris dans les pays ayant un accès théorique aux soins très égalitaire, qui pourraient donc expliquer en partie les inégalités de santé. Elles s'expriment en termes de montant total de soins consommés mais aussi en structure de soins – que l'on oppose les consommations relevant de l'hôpital, et du secteur ambulatoire, que l'on distingue les recours aux soins de médecins généralistes et de spécialistes, ou encore que l'on oppose les soins curatifs aux soins préventifs.

Quelques travaux ont cherché à expliquer les origines de ces différences effectives de recours aux soins et leur contribution aux inégalités de santé. Une première raison à l'œuvre est l'existence de barrières financières ou géographiques à l'accès aux soins, qui subsistent dans de nombreux pays. Des barrières culturelles expliquent également une partie du maintien du recours différent de la part de certains patients, en dépit de leur accès financier et géographique aux soins. Enfin, les pratiques de professionnels, à état de santé des patients donné, diffèrent selon les caractéristiques sociales des patients et selon la qualité de l'interaction qu'ils peuvent avoir avec eux. Plusieurs mécanismes expliquent donc l'existence d'inégalités de consommation de soins pouvant expliquer en partie les inégalités de santé.

Et à l'inverse, l'analyse des politiques de santé effectivement mises en place dans certains pays européens suggère que certaines actions passant par le système de santé contribuent à la réduction des inégalités de santé, en particulier lorsqu'elles s'appuient sur la médecine de première ligne.

Si l'objectif à atteindre est la réduction des inégalités de santé et non simplement la réduction des différences de consommation de soins, l'enjeu pour le système de soins est donc de conduire l'ensemble des patients à une meilleure gestion et prise en charge de

leur santé, c'est-à-dire une réduction des comportements à risques, le développement des comportements préventifs, et en cas de maladie, la bonne utilisation du système de soins, l'observance des traitements et prescription des médecins et l'apprentissage de la vie avec la maladie.

Ces compétences et capacités individuelles s'acquièrent et se transmettent autant par des relations inter-individuelles durables et répétées (entre patients, entre professionnels et profanes) que par une communication de masse (campagnes d'information). Le système ambulatoire ou de soins primaires, de par sa proximité avec les patients permet ces relations inter-individuelles et peut donc contribuer à la réduction des inégalités de santé. Ou pour le formuler autrement, que sait on de l'apport et du rôle du secteur des soins primaires et des actions qui y sont menées en terme de réduction des inégalités de santé ?

CONTEXTE ET OBJECTIF

Les inégalités sociales de santé progressent en Europe malgré l'attention politique croissante de la plupart des pays européens. Plusieurs projets européens ont visé à mesurer et comparer ces inégalités et à collecter des éléments sur les interventions pouvant permettre de les réduire par des actions en matière d'éducation, de revenu, sur les conditions de travail et de logement, mais peu d'attention a été portée spécifiquement sur les actions en soins primaires. Afin de combler ce manque, le projet AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions), soutenu par la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de l'Union européenne, propose de réunir les bonnes pratiques sur les interventions permettant de réduire les inégalités sociales de santé à l'échelle régionale et mobilisant le secteur des soins primaires. La première étape de ce projet a consisté à réaliser une revue bibliographique systématique des interventions en structure de soins primaires évaluées selon leur type et leur capacité à réduire les inégalités de santé.

METHODE

Les articles publiés entre janvier 2000 et janvier 2010 ont été identifiés à partir des bases de données Medline, Cochrane, du Health Policy Monitor, du NBER et des résultats du projet Eurothine. Ils étaient retenus s'ils rendaient compte d'une évaluation de l'intervention en soins primaires par des mesures de l'état de santé ou des mesures intermédiaires de résultat selon les groupes socio-économiques. Une intervention était considérée comme relevant du secteur des soins primaires si elle portait notamment sur l'accès à des soins adaptés pour une maladie fréquente, l'éducation sanitaire, la prévention, la vaccination, et les soins maternels et infantiles, ou si elle se concentrait sur les fonctions généralement associées aux soins primaires, comme l'accès au premier contact, les soins de longue durée, la coordination des soins. Les interventions sur les organisations ou les acteurs de soins primaires comme les modes de rémunération des médecins ont également été prises en compte en tant qu'interventions de soins primaires.

RESULTATS

La revue a porté sur l'évaluation de cent une interventions, pour la plupart menées aux Etats-Unis, et dix revues de littérature. Les interventions ont été regroupées en trois ensembles : les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, par la gratuité des soins ou par une assurance maladie gratuite ou subventionnée, les interventions de promotion sanitaire dans le cadre communautaire et les interventions intervenant sur l'organisation des soins.

CONCLUSION

Les évaluations des interventions retenues permettent de conclure que des interventions mobilisant les soins primaires peuvent parvenir à réduire les inégalités sociales de santé. L'amélioration de l'accès financier aux soins, en particulier par la fourniture de soins gratuits ou d'une couverture assurantielle gratuite, augmente la consommation de soins et améliore les résultats cliniques. Les interventions de promotion sanitaire personnalisées et adaptées à la culture des populations ciblées, menées par des pairs éducateurs, semblent également efficaces. Les interventions « parapluie » peuvent en outre fournir un cadre pour mettre en œuvre plusieurs interventions de promotion sanitaire. Enfin, les interventions sur l'organisation des soins, comme le travail d'équipe ou la coordination des soins, peuvent également réduire les inégalités de santé.

ETAT D'AVANCEMENT

Revue de la littérature achevée – rapport réalisé.

VALORISATION

Papier soumis à la revue *EUPHA* rejeté, révision actuelle pour une soumission dans une autre revue.

Thèse de médecine de santé publique.

Fiche n° 12

L'analyse d'un indicateur de performance par l'utilisation des données de la base OMG

Axe de référence : Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de a performance en soins de premiers recours

RESPONSABLE ET EQUIPE : O. Saint Lary, P. Boisaault, P. Szidon, D. Duhot, Y. Bourgueil

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

Ce travail a été initié dans le cadre de Prospere dans le but de mobiliser les données de l'OMG afin d'explorer les notions de performance en soins primaires dans la perspective d'utilisation ultérieure des données appariées. Il s'est appuyé sur l'initiative des CAPI, alors en émergence à l'époque. Nous en présentons le résumé ci-dessous.

Position du problème : Depuis quelques années, se développent des indicateurs permettant de mesurer la qualité des soins, utilisés dans le cadre du « paiement à la performance » des professionnels de santé. En France, un tel système a été proposé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie dans le cadre de son programme appelé : « Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles » (CAPI). Le calcul de ces indicateurs, ne repose pas sur des données cliniques. Celles ci ne sont en effet pas directement accessibles mais uniquement approchées par les données auxquels a accès l'assurance maladie, à savoir les traitements médicamenteux remboursés. Cette méthode interroge la validité statistique d'un tel mode de calcul au travers de l'étude d'un indicateur issu des CAPI.

OBJECTIFS ET METHODE

Etude observationnelle rétrospective et comparative menée sur la base de données de l'Observatoire de Médecine Générale (OMG) de l'année 2007. L'indicateur étudié est la proportion des patients diabétiques ayant au minimum comme facteurs de risque l'âge et l'hypertension artérielle traités par statines. Les différentes populations ont été constituées et comparées selon deux méthodes de repérage : l'une se basant sur les données cliniques, l'autre sur les traitements prescrits. Une population de référence, cible théorique de l'indicateur, a ensuite été construite permettant ainsi de comparer les valeurs de l'indicateur selon les populations « clinique », « traitement » et de référence.

RESULTATS

Les données de 61 médecins avec 81 052 patients suivis dont 21 690 avec les critères d'âge requis ont été analysées. Nous avons retrouvé 2 278 patients diabétiques, 8 271 hypertendus et 1 539 à la fois diabétiques et hypertendus sur des critères cliniques contre respectivement 1 730, 8 511 et 1 304 sur des critères prescription.

Le taux moyen de l'indicateur a été de 33 % lorsqu'il était calculé à partir des populations définies par les données cliniques, 38 % à partir des données de traitement et 34 % une fois calculé sur les populations de référence.

Conclusion : L'évaluation des populations diabétiques et hypertendues par le traitement sous estime ces populations respectivement de 29 % et 19 %. Par ailleurs 12,4 % de patients recevant un traitement antihypertenseur ne semblent pas être hypertendus.

ETAT D'AVANCEMENT

Travail achevé.

VALORISATION

Papier soumis à la RESP en deuxième révision.

Fiche n° 13

L'analyse de la variabilité des pratiques de prise en charge des patients diabétiques en médecine générale. Une étude basée sur les écarts inter-médecin d'un indicateur CAPI : le dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1C).

Axe de référence : A.2 – Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de la performance en soins de premiers recours

RESPONSABLE ET EQUIPE : Nicolas Chauvel, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

La mise en place de dispositifs de rémunération à la performance (P4P) destinés aux médecins généralistes s'est considérablement développée depuis quelques années dans de nombreux pays de l'OCDE, lié au constat d'une variabilité significative de la qualité des soins. De nombreux travaux, pour la plupart réalisés aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, ont déjà étudié l'impact des dispositifs de P4P sur la qualité des soins ou les effets de ces dispositifs sur les inégalités de santé. En revanche, assez peu se sont intéressés au profil des médecins auxquels s'adressent, en général, de tels dispositifs. Pourtant on sait que certaines caractéristiques des médecins ou de l'organisation des soins doivent être considérées comme des variables d'ajustement au moment de l'évaluation des effets des incitatifs financiers sur les pratiques médicales.

OBJECTIF

Cette étude porte sur l'analyse, juste avant la mise en place d'un dispositif de P4P, de l'effet des caractéristiques des médecins sur la variabilité d'un indicateur de suivi de patients diabétiques : le taux de prescription d'un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1C) qui constitue un des vingt indicateurs de la performance des médecins dans le CAPI.

METHODE

Nous réalisons ce travail à partir d'une base de données de remboursement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de la région Bretagne collectées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2008. Les patients inclus dans l'étude (n=41453) ont eu au moins une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline au cours du dernier trimestre 2007, une au moins au cours de l'année 2008, et une au moins au premier trimestre 2009 et sont inscrits chez un « médecin traitant » (n=2525) en 2008. Nous testons si toutes choses égales part ailleurs quant aux caractéristiques des patients il existe une variabilité significative de la qualité du suivi entre médecins. Dans ce but nous définissons un indicateur dichotomique de qualité de suivi au niveau patient (variable prenant la valeur 1 dans le cas d'un suivi conforme aux règles préconisées par la Haute Autorité de Santé si le patient a eu trois ou quatre dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année et 0 sinon). L'existence d'une variabilité significative de l'indicateur et l'influence combinée des facteurs explicatifs observés aux niveaux patient, médecin et localisation géographique sont examinés au moyen d'un modèle logistique hiérarchique à trois niveaux.

RESULTATS

36 % des patients ont eu trois ou quatre dosages d'hémoglobine glyquée au cours de l'année 2008. Les facteurs être âgé (p -value <0.001), non affilié à la couverture mutuelle universelle ($p<0.001$) et ne pas avoir été hospitalisé durant la période sont significativement reliés à une meilleure qualité de suivi des patients. La variabilité de la qualité du suivi entre médecins reste significative après ajustement sur les caractéristiques des patients. Au niveau médecin, toutes choses égales par ailleurs, être un jeune praticien ($p<0.001$), être une femme ($p<0.001$), exercer dans un cabinet de groupe ($p=0.01$), être impliqué dans un groupe de qualité ($p=0.018$) et avoir une clientèle de moins de 1375 patients ($p=0.005$) influence favorablement l'indicateur de suivi.

CONCLUSION

Ce travail montre que dans le cadre d'une action incitative visant à améliorer le suivi des patients diabétiques les mesures financières ne sont pas les seules à prendre en compte. D'autres initiatives visant à infléchir qualitativement certaines caractéristiques de l'exercice médical (temps consacré à la formation, adhésion à des réseaux de qualité, regroupement de praticiens...) sont de nature à produire des effets incitatifs favorables.

ETAT D'AVANCEMENT

Article en cours de soumission auprès de la revue *Diabetes care*

Fiche n° 14

Typologie des patients hypertendus polypathologiques traités en médecine générale. Conséquences pour les indicateurs de performance et les recommandations de bonne pratique

Axe de référence : Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de la performance en soins de premiers recours

RESPONSABLE ET EQUIPE : Pascal Clerc, J. Lebreton, Gilles Hebbrecht, Julien Mousquès, Philippe Lefur, Marc Le Vaillant, Didier Duhot

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

Les conclusions de l'étude Polychrome (*Analyse des pratiques de poly-prescription en médecine générale, chez les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques*), ont pointé 8 thématiques nécessitant des études complémentaires. L'objectif général du projet de recherche proposé est de travailler sur la thématique 3, études en médecine générale et recommandations, et plus particulièrement sur les patients atteints de maladies cardio-vasculaires qui représentaient dans Polychrome près de 52 % des pathologies chroniques traitées. D'après les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) 12,8 % des patients qui consultent en 2007 sont hypertendus, le pic étant de 52.8 % pour la classe des 80-89 ans. D'après Ménach et coll. le médecin généraliste français verrait 3 patients hypertendus par jour. Cette pathologie a un statut particulier : le nombre de patients atteints, son statut de pathologie chronique et de facteur de risques cardio-vasculaire en font un problème majeur de santé publique. L'HTA fait l'objet de recommandations de prise en charge, d'indicateurs de performance et son coût est important pour l'Assurance Maladie (plus de 4.3 milliards d'euros en 2007 régime général), les maladies cardio-vasculaires étant les plus fréquentes des pathologies en ALD30 (plus de 700 000 en 2007 régime général). Par ailleurs, on ne peut comprendre la variabilité et les difficultés de prise en charge de ces patients sans s'intéresser au genre, à l'intrication de l'HTA avec les autres pathologies chroniques et leurs traitements, et à l'âge d'apparition de l'hypertension qui conditionne en partie l'évolution des patients. Enfin, l'avancée en âge des patients induit une réflexion sur ce qu'il est raisonnable de faire, eu égard à leur âge physiologique, leur espérance de vie, leur autonomie, aux risques iatrogènes.

Ce projet abordera donc le thème de l'amélioration de la prise en charge des patients hypertendus poly pathologiques chroniques à partir de l'analyse de la réalité du terrain, à l'aide d'une typologie de patients (et non plus de séances comme dans l'étude Polychrome). Cette typologie de patients servira de base de réflexion pour des indicateurs de performance pertinents, faisables en pratique quotidienne portant sur l'HTA et ses co morbidités. Ce qui suppose de sélectionner les indicateurs de performance, utilisés en pratique courante en France et à l'étranger, acceptables par les praticiens quant à leur nombre et leur pertinence clinique (un indicateur pour l'HTA a-t-il la même pertinence chez un patient jeune avec peu de co morbidités et chez un patient de 75 ans avec des complications cardio-vasculaires ?). Dans le même esprit, nous interrogerons les recommandations cardio-vasculaires de bonnes pratiques en regard de la typologie des patients hypertendus poly pathologiques. En effet l'empilement de recommandations mono-pathologiques est d'une grande difficulté d'utilisation en pratique quotidienne.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de construire une typologie de patients poly pathologiques ayant au moins une hypertension artérielle, et de caractériser des situations cliniques et les prescriptions qui leur sont associées.

Les objectifs secondaires sont de sélectionner les indicateurs de performance pertinents dans ce contexte, et de proposer une analyse des recommandations en situation de poly pathologie, puis de tester la faisabilité de l'utilisation de ces indicateurs pour les médecins de l'OMG.

METHODE

L'étude sera décomposée en quatre phases. La phase IA concernera la construction d'une typologie (ACM et ACH) de patients hypertendus polypathologiques. La phase IB concernera l'analyse et la construction d'une typologie des médicaments associés à cette typologie de patients cardiovasculaires. La phase II concernera les indicateurs de performances par une revue de la littérature, puis une sélection par expertise clinique pour une classe attendue de la typologie, à savoir les patients « hypertendus, hyperlipidémiques et diabétiques ». La phase III utilisera la même méthode pour les recommandations pour la même typologie de patients. La phase IV A aura pour but de valider la typologie des patients parmi les patients des médecins du réseau OMG grâce à un algorithme de classement, puis une analyse de variance. Enfin la phase IVB aura pour but de tester, à l'aide d'un questionnaire, le travail des experts sur les indicateurs et les recommandations pour leurs patients « hypertendus, hyperlipidémiques, diabétiques ».

RESULTATS

Les perspectives de ce travail sont d'aider les praticiens à mieux cibler leurs patients poly pathologiques et poly médiqués dans le domaine cardio-vasculaire, d'appréhender les variabilités de traitement des patients hypertendus en fonction de leurs pathologies chroniques associées ; de tester des indicateurs de performance de ces patients à prendre en compte dans le projet de soin du médecin et sa réévaluation, et la faisabilité de la création de référentiels pour des groupes de patients hypertendus polypathologiques. A moyen terme, le couplage « typologie de patients » et « indicateurs » devrait permettre, sur une cohorte de patients cardio-vasculaires, l'étude de leurs trajectoires de soins, l'évaluation de la pertinence des indicateurs, l'évaluation des recommandations et leurs modifications éventuelles.

Le projet est porté par l'équipe SFMG qui s'associe à l'équipe PROSPERE. Le financement demandé concerne les chercheurs de la SFMG et non ceux de l'équipe Prospere qui soutiennent ce projet.

ETAT D'AVANCEMENT

Projet déposé en octobre 2010 auprès de l'Iresp.

CALENDRIER FUTUR

Projet sur les deux années 2011 et 2012.

Fiche n° 15

Problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre de la mise en place des CAPI

Axe de référence : Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de la performance en soins de premiers recours

RESPONSABLE ET EQUIPE : Olivier Saint Lary, Michel Naiditch

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

Alors que les CAPI ont été accueillis avec réticence à la fois par les syndicats de médecins et certaines institutions professionnelles comme le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ils ont rencontré un réel succès auprès des médecins généralistes français. Des raisons d'ordre éthique ont été mises en avant par le CNOM pour justifier leur scepticisme. Cependant, bien que plusieurs travaux aient déjà été réalisés en France pour étudier les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé en milieu hospitalier aucun ne l'a fait à notre connaissance sur la mise en place du paiement à la performance des médecins traitants en milieu ambulatoire

OBJECTIF

Faire émerger des professionnels de santé primaire les problématiques éthiques mises en tension par l'introduction du paiement à la performance dans les soins ambulatoires en France.

METHODE

Entretiens collectifs de type Focus group, l'un avec médecins adhérents, le second avec des non adhérents.

RESULTATS

Trois principaux points de tension éthique identifiés et discutés :

- Une possible rupture dans la dynamique actuelle d'autonomie des patients
- La survenue d'un risque de sélection de patients
- Comment les médecins généralistes appréhendent-ils de nouveaux conflits d'intérêts ?

Par ailleurs ces entretiens ont également fait ressortir le fait que les CAPI ont constitué une véritable épreuve au sens sociologique du terme, et peuvent être vus comme les révélateurs d'un clivage entre médecins généralistes.

ETAT D'AVANCEMENT

Terminé pour la partie qualitative

CALENDRIER PREVISIONNEL

Réalisation d'une étude quantitative fondée sur un questionnaire qui sera construit à partir résultats obtenus par le travail de recherche qualitatif.

VALORISATION

Présentation au congrès de la médecine générale Nice, juin 2010 : Problématiques éthiques soulevées par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Validation Master 1 « recherche en éthique médicale » Paris V (note 18/20)

Soumission à la *RFAS* pour un numéro spécial sur la médecine générale :

Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ?

Ecriture papier pour BJE (British Journal of Ethics, groupe BMJ) en cours.

Fiche n° 16

Quels indicateurs de performance sont utilisables et utilisés en médecine générale dans les pathologies cardiovasculaires : exemple de l'hypertension artérielle

Axe de référence : Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de la performance en soins de premiers recours

RESPONSABLE : Didier Duhot

EQUIPE : Delphine Roussel Lapeyre, Philippe Boissault, Philippe Szidon, Gilles Hebbrecht

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

De nombreux systèmes de soins étrangers, qu'ils soient d'orientation socialisés comme au Royaume Uni ou libéraux comme aux USA, ont mis en place un paiement à la performance depuis plusieurs années. La France vient par l'intermédiaire du CAPI de mettre en place de telles mesures. Les pathologies cardiovasculaires sont présentes chez de nombreux patients suivis en soins primaires. L'HTA qui est présente chez 12 % des patients suivis en médecine générale nous a semblé le meilleur exemple des pratiques et des difficultés des médecins généralistes en matière d'indicateurs de performance. Un travail scientifique préparatoire nous a semblé important à mettre en place pour que les financeurs et les représentants des médecins généralistes puissent discuter des indicateurs de performance qui pourraient être mis en place dans un futur dispositif.

OBJECTIF

Notre travail poursuit trois objectifs :

- décrire les indicateurs de performance qui sont utilisés ou décrits pour l'HTA dans la littérature internationale,
- parmi les indicateurs identifiés, proposer un set d'indicateurs valides, fiables et acceptables, adaptés au contexte de soins français
- à titre d'exemple, décrire les pratiques des médecins généralistes quant au relevé informatisé des chiffres tensionnels pris pendant les consultations.

METHODE

Une revue de la littérature internationale sera menée afin d'identifier les indicateurs de performance utilisés ou préconisés dans l'HTA. Elle permettra de séparer ceux utilisés en pratique quotidienne et ceux qui ne sont utilisés que ponctuellement lors d'étude. Pour chaque indicateur retrouvé, les normes et recommandations françaises seront recherchées.

La description des pratiques des médecins généralistes quant au relevé informatisé des chiffres tensionnels sera estimée grâce aux données des médecins participants à l'Observatoire de la Médecine Générale. Ces médecins informatisés adressent régulièrement les données anonymisées de leur activité clinique à la SFMG. La prise de TA est l'acte technique le plus largement pratiqué lors des consultations et permet ainsi d'avoir une vision maximale du recueil d'un indicateur en pratique quotidienne. Les résultats seront éclairés par une étude que la SFMG a réalisée auprès de ses membres sur leur pratique de prise de TA et du recueil de la TA dans leur logiciel métier. Nous aurons à l'issue de ce travail ce que les recommandations disent de faire, ce que les médecins disent faire et ce qu'ils font.

ETAT D'AVANCEMENT

La revue de la littérature est terminée et un article est en cours de rédaction.
L'analyse des données de l'OMG sur la prise de la TA est en cours.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Soumission de l'article avant l'été (POS).

Résultat de l'analyse des données OMG avant l'été.

Ce travail devra abonder un projet de recherche actuellement déposé à l'Iresp sur les types de patients hypertendus.

VALORISATION

Deux communications sur la revue de la littérature ont été faite au congrès de médecine générale de Nice 2010.

Un article en cours de rédaction.

Une thèse en cours de rédaction.

Une communication au congrès de médecine générale de Nice 2011 sur l'analyse des données OMG est programmée.

Fiche n° 17

Revue de littérature sur les indicateurs de qualité en santé mentale et en soins primaires

Axe de référence : Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de la performance en soins de premiers recours

RESPONSABLE ET EQUIPE : Lucile Andrée / Olivier Saint Lary

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

En médecine de ville, le recours aux soins pour des troubles de santé mentale est en augmentation. Une partie importante de ces troubles est prise en charge par des médecins généralistes. Ce suivi ambulatoire est néanmoins soumis à certaines critiques (notamment en France, où seulement la moitié des patients répondraient aux indications des antidépresseurs prescrits).

Pour permettre à la fois d'évaluer l'état de santé mentale en France ainsi que les pratiques des professionnels de santé et d'en permettre une amélioration, il a été proposé de réfléchir à la mise en place d'indicateurs de qualité en santé mentale. Cette réflexion semble d'autant plus pertinente aujourd'hui étant donné le contexte de mise en place d'un paiement (en partie) à la performance avec entre autres le développement des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles.

Cependant, pour que ces indicateurs puissent être utilisés dans un tel cadre, ils doivent être facilement reproductibles, validés et sensibles.

OBJECTIF

Effectuer un recensement des indicateurs de qualité en santé mentale et en soins primaires au niveau international puis de rechercher plus particulièrement ceux qui ont été à l'origine d'amélioration des pratiques.

METHODE

Pour cela, une revue de la littérature de 1995 à nos jours sera réalisée, en Europe et aux Etats-Unis. Elle concernera tout d'abord le champ très large de la santé mentale, puis se focalisera sur certains troubles psychiatriques : la dépression, les troubles anxieux, la schizophrénie. Les bases de données analysées seront: Medline, l'Irdes, Econlit, Psycinfo, Science Direct, Quality and Safety Health Care.

RESULTATS

La plupart des indicateurs retrouvés concernent plus des procédures que des résultats.

Concernant les indicateurs utilisés dans le cadre du paiement à la performance l'exemple du QOF est édifiant. Ils évaluent à l'heure actuelle la possibilité de fournir un registre de patients présentant une schizophrénie, un trouble bipolaire ou autre psychose ; une consultation datant de moins de quinze mois ayant favorisé la prévention adaptée à son âge, sexe ..., la réalisation d'une créatinine et TSHus chez les patients sous Lithium datant de moins de quinze mois ; ou une lithémie de moins de six mois.

Ailleurs en Europe, la littérature est assez pauvre sur ce sujet. Il reste à définir si des indicateurs de qualité sont décrits en soins primaires aux Etats-Unis mais aussi pour chacun des principaux troubles (anxiété, dépression, schizophrénie).

ETAT D'AVANCEMENT

L'analyse des résultats est actuellement en cours.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Soutenance de thèse de médecine prévue en 2011.

VALORISATION

Soumission du projet à l'appel à publication de la *Revue Santé Publique*

Fiche n° 18

Rapprochement des données OMG et SNIIRAM, base de donnée Prospere. Demande de validation des procédures de rapprochement et de traitement des bases SNIIRAM et OMG par la CNIL et l'IDS.

Axe de référence : construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et des données de remboursement du SNIIRAM.

RESPONSABLES : Yann Bourgueil, Philippe Boisnault, Philippe Szidon

EQUIPE : Irdes, Cermes, SFMG

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

Demande de validation des procédures de rapprochement et de traitement des bases SNIIRAM et OMG par la CNIL et l'IDS. Elles concernent l'ensemble des patients des médecins qui sont présents dans l'OMG (environ 80 à 100 médecins qui transmettent des données considérées comme exploitables selon les critères de qualité de l'OMG).

Cette population est complétée de l'ensemble des patients parmi les quelques 700 à 800 médecins ayant exprimé le souhait de participer à l'OMG lorsqu'ils disposeront de l'extracteur adéquat dans leur logiciel patient. Ces 700 à 800 médecins vont prochainement être sollicités, dans le cadre de l'OMG, pour une enquête médecin visant à décrire leurs propres caractéristiques. A cette occasion, il leur sera demandé s'ils acceptent que les données de leurs patients figurant dans les fichiers des caisses d'Assurance maladie soient extraites et donnent lieu à un traitement statistique anonyme. Il est probable qu'un certain nombre de ces praticiens refuseront cette procédure. Mais quel en sera le pourcentage (30 à 40 % ?) ?

La définition de cette population vise à :

- ✓ Constituer un échantillon témoin de médecins et de patients à partir des médecins candidats à l'OMG. Ainsi, on disposera pour ces médecins d'informations relatives à leur mode d'exercice, caractéristiques personnelles etc. mais également d'informations relatives à leurs patients inscrits MT et leur activité comme professionnel de santé.
- ✓ Documenter le futur OMG élargi

OBJECTIF

Constituer une base de données en rapprochant les données du SNIIRAM et de l'OMG. Idéalement, nous souhaitons recueillir l'ensemble des données relatives à la consommation de soins des patients. Ces informations concernent :

- ✓ les actes remboursés en ambulatoire,
- ✓ les données relatives aux séjours hospitaliers (informations traditionnelles du SNIIRAM plus les infos relatives au PMSI – documenter à ce titre où en est le chaînage entre les données du SNIIRAM et du PMSI sur ce point),
- ✓ les informations relatives aux ALD des patients,
- ✓ les informations relatives aux prestations en espèces, ainsi que les informations relatives aux professionnels de santé (tables PS)

En pratique, il s'agit de récupérer les données brutes de facturation de façon exhaustive et atomiques afin de nous charger ensuite des retraitements des données et notamment leur réorganisation.

METHODE

Le dossier est présenté à la CNIL le 11 septembre 2009, puis est pris en charge par l'IDS fin Mars 2010.

RESULTATS

L'autorisation des procédures de traitement de la base rapprochée PROPERE est donnée par la CNIL le 16/02/2010.

L'IDS valide les procédures de traitement de la base rapprochée Prospere le 8 juin 2010.

ETAT D'AVANCEMENT

Cloturé.

Fiche n° 19

Rapprochement des données OMG et SNIIRAM, base de donnée Prospere. Mise en place d'un environnement informatique de production.

Axe de référence : construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et des données de remboursement du SNIIRAM.

RESPONSABLES : Philippe Boisenault, Philippe le Fur, Philippe Szidon

EQUIPE : Philippe Boisenault, Philippe Le Fur, Philippe Szidon, Julien Mousques, Bruno Dervillez, Jacques Hardouin, Jean-Claude Dumaret, Gilles Hebbrecht

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

La SFMG à travers l'OMG a développé une expertise en gestion de base de données relationnelle. De son côté, l'IRDES possède une expertise dans le traitement de données en environnement statistique SAS®. Les deux mondes procède de culture radicalement différente, mais néanmoins loin d'être incompatible. Les programmes de traitement statistique type SAS peuvent être alimenté par des données issues d'une base de données. Par contre le montage d'un environnement de base de données de type professionnel, nécessite des compétences particulières de deux types : montage de l'environnement de base de données et organisation des données dans un environnement de type décisionnel.

OBJECTIF

Constituer une base de données issue du rapprochement des données issues de l'OMG et du SNIIRAM. Les données issues du SNIIRAM sont constituée par l'ensemble de la consommation de soins des patients ayant eu au moins un contact avec un médecin investigateur de l'OMG.

METHODE

Ce champ de mise en place de l'environnement de la base Prospere et de la définition du premier échantillon test s'est déroulé sur l'ensemble du deuxième semestre 2010.

L'équipe Prospere retient initialement à titre expérimental le montage d'un environnement de type base de données physiquement implantées à l'IRDES. Devant la difficulté de recruter un professionnel qualifié, il a été décidé de faire appel aux ressources internes de l'IRDES et de la SFMG pour monter cet environnement de test (informaticiens de l'IRDES et de la SFMG, médecin DIM de la SFMG)

Le chantier se déroulera à la fois sur le site SFMG avec montage des 3 bases (SNIIRAM, Extraction OMG et Structure de la base PROSPERE) et sur le site IRDES : montage d'un environnement Oracle sur une machine IRDES par les informaticiens de la SFMG et de l'IRDES Dans un deuxième temps, export des trois bases créées à la SFMG sur le site de l'IRDES, une fois l'environnement adéquat créé

RESULTATS

Les premiers tests sur l'échantillon témoin rendu par le SNIIRAM montrent de nombreuses incohérences sur les résultats attendus (mauvaise sélection des médecins,

nombre de patient global trop important et nombre de patient pris en charge par les médecins OMG trop faible)

ETAT D'AVANCEMENT

Dans un premier temps, afin de faciliter les échanges avec la CNAM sur d'éventuelles difficultés de transmission des données SNIIRAM, il est décidé de constituer un premier échantillon de 30 médecins OMG avec leurs données issues du recueil sur l'année 2008. Les données issues du SNIIRAM sont reçues le 19/08/2010. Leur exploration est en cours et nécessite la finalisation du montage de l'environnement test courant décembre 2010

CALENDRIER PREVISIONNEL

- Validation envoi des données SNIIRAM sur échantillon test de 30 médecins OMG.
- Procédures de rapprochement : fin novembre 2010, une réunion est organisée avec le Professeur Catherine Quentin afin de définir les modalités d'expertise apporté par le DIM de Dijon sur deux aspects :
 - Hachage des clés primaires des tables OMG
 - Tests des procédures de rapprochement entre les données SNIIRAM et OMG
- Première analyses sur le contenu de la base rapprochée au deuxième semestre 2001