



Appel à recherches « services de santé »
Année 2008
de l'Institut de Recherche en Santé Publique

Rapport final 2009 - 2013 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

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 2013.
Période faisant l'objet du rapport (date début – date fin)	1 ^{er} Janvier 2009 – 31 décembre 2013
Rédacteur de ce rapport : nom	Equipe Prospere
Téléphone	01 53 93 43 20
Adresse électronique	bourgueil@irdes.fr
Date	14 décembre 2013

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 31 décembre 2012	34 mois	CDD Honoraires
Szidon	Philippe	Médecin Généraliste	1 ^{er} janvier 2009 31 décembre 2012	34 mois	CDD Honoraires
Duhot	Didier	Médecin Généraliste	1 ^{er} janvier 2009 31 décembre 2012	34 mois	CDD Honoraires
Clerc	Pascal	Médecin Généraliste	1 ^{er} janvier 2011 31 décembre 2012	10 mois	Honoraires
Daniel	Fabien	Gestionnaire de bases de données pour la gestion de l'appariement	1 ^{er} octobre 2011	Indéterminée	CDI – IRDES
Burdet	Charles	Interne de Santé Publique	1 ^{er} novembre 2010 30 avril 2011	6 mois	CDD salaire
Sicsic	Jonathan	Stagiaire de l'ENSAI	1 ^{er} avril 2011 31 décembre 2011	9 mois	CDD salaire
		Chargé d'étude	1 ^{er} janvier 2012 31 décembre 2013	24 mois	CDD salaire
Dumontet	Magali	Doctorante	1 ^{er} novembre 2011 1 ^{er} février 2012	3 mois	CDD salaire
Krucien	Nicolas	Doctorant	1 ^{er} octobre 2011 31 janvier 2012	5 mois	CDD salaire
		Post-Doc	1 ^{er} février au 30 juin 2012	5 mois	CDD salaire

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

Le budget global pour les années 2009 à 2013 portait sur une enveloppe globale initiale d'un million d'euros. La convention initiale a été complétée par un avenant pour le suivi et l'évaluation des ENMR portant sur la période 2011 – 2013 pour un montant global de 596 K euros. Ce montant a été affecté en totalité à l'Irdes pour la réalisation de l'évaluation.

Répartition dotation Prospere Initiale (1 M euros de 2009-2012)

Equipe	Fonctionnement	Prestations	Frais de personnels
SFMG			33
CERMES	1,5	17	14
IRDES	0,5		33
Total	2 %	17%	82%

Répartition dotation supplémentaire évaluation ENMR (596 K euros 2010-2013)

Equipe	Fonctionnement	Prestations	Frais de personnels
IRDES	1%	14%	85

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, spécialité économie de la santé : Nicolas Krucien
- Un médecin de santé publique inscrit en thèse de santé publique, financée par une subvention de recherche INPES depuis octobre 2011 pour trois ans : Cécile Fournier
- Un étudiant inscrit en thèse de géographie (Nanterre – directeur de thèse Gérard Salem), titulaire d'une bourse de thèse depuis septembre 2011 : Guillaume Chevillard a une double localisation Irdes et Nanterre.
- Une étudiante en thèse d'économie (Paris-Dauphine – directeur de thèse Carine Franc) : Magali Dumontet ;
- Un étudiant 3^e année Ensai : Jonathan Sicsic.
- Un chargé d'étude inscrit en thèse d'économie (Paris-Dauphine – directeur de thèse Carine Franc) : Jonathan Sicsic.
- Trois chefs de clinique assistants en médecine générale à temps partiel sur l'année 2011 : Olivier Saint Lary (Département médecine générale Pifo), Thomas Cartier (département médecine générale Faculté Xavier Bichat), Erik Bernard (Département médecine générale Pifo)
- Quatre internes de médecine générale en thèse de médecine : Lucile Andrée, Delphine Roussel Lapeyre, Magali Martin-Huret, Emilie Thouny (temps de thèse)
- Le médecin du Dim de la SFMG : Gilles Hebbrecht (financement SFMG - Prospere)
- Une chargée de recherche statistique Irdes : Anissa Afrite (financement Irdes et ENMR)
- Un informaticien et webmaster - Jacques Harrouin (financement Irdes)
- Une chargée de recherche médecin de santé publique IRDES : Caroline Allonier (financement Irdes)
- Une interne de santé publique Irdes : Julie Perlberg (avril à octobre 2012)

Ressources financières

Un financement spécifique a été accordé pour la réalisation de l'évaluation des nouveaux modes de rémunération inscrite au PLFSS 2008 et mise en œuvre en 2010. Initialement prévue pour 30 sites répartis dans 6 régions, cette expérimentation a été étendue à 150 sites sur 22 régions en 2011. Afin de financer l'évaluation de l'expérimentation qui incluait l'ensemble de ces sites, l'enveloppe globale du projet Prospere a été augmentée de 100 K euros en 2010, 200 K euros en 2011, 200 K euros en 2012 et prolongée de 93 K euros en 2013 soit un total de 596 K euros¹. Dans le montage financier, l'Irdes qui a reçu l'intégralité des fonds a de plus consacré les deux tiers de sa dotation Prospere initiale (soit 50 K euros) à ce projet d'évaluation en lien avec les travaux relatifs à l'axe d'évaluation médico-économique des organisations de soins de premiers recours. Le montant dédié spécifiquement à l'évaluation des ENMR et à sa valorisation scientifique est donc de (200 + 596 K euros) soit un total de 796 K euros. Ces fonds supplémentaires provenant de l'assurance maladie et qui ont été inscrits au projet prospere ont été affectés au suivi global de l'expérimentation ainsi qu'à l'extraction et la mise en forme des données de l'Assurance maladie, la réalisation d'une enquête par l'Irdes auprès des sites en 2011 et 2012, des recueils de données complémentaires réalisés par la SFMG, notamment pour la constitution d'échantillon témoin et une évaluation qualitative réalisée en 2013 impliquant notamment deux chercheurs de l'équipe Prospere (Michel Naiditch et Cécile Fournier). Enfin, une partie de ces ressources a également permis de soutenir Cécile Fournier et Guillaume Chevillards dans le cadre de leur thèse dont les orientations contribuent à l'évaluation des ENMR.

¹ Rappelons que le budget des ENMR en routine est environ de 7 millions d'euros par an. Le budget alors alloué à l'évaluation représente 2% du budget annuel de l'expérimentation (3% si l'on associe le montant de l'enveloppe prospere initiale allouée à l'Irdes).

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 étaient prévus comme devant s'organiser autour de quatre axes en lien avec quatre objectifs spécifiques. Trois d'entre eux ont été investis en priorité en 2009 et 2010 et ont produit des résultats. Le quatrième², portant sur l'évolution des rôles professionnels au sein des nouvelles formes d'organisation des soins, a été initié plus tardivement en 2011 dans le cadre du projet de thèse de Cécile Fournier et a fait également l'objet d'une réponse à l'appel d'offres européen FP7-HEALTH-2012-INNOVATION-1³ avec de nombreux partenaires reconnus dans ce champ en Europe et outre atlantique (voire annexe n° 1). Cet appel à projet a été infructueux. Cependant la thématique de la coopération entre professions de santé dans le champ des soins primaires a fait l'objet d'une sollicitation institutionnelle auprès de l'Irdes au titre de l'évaluation du module 3 des NMR (expérimentation ASALEE – voire protocole en annexe). Ce projet d'évaluation qui se déroulera en 2014, 2015 et 2016 mobilise pour la partie quantitative l'équipe Irdes et fait appel à plusieurs membres de l'équipe Prospere pour la partie qualitative. Il est également envisagé de mobiliser une étudiante de M2 (Master HSR dès 2014) dans la perspective d'une thèse de troisième cycle en santé publique.

La transversalité des travaux a été assurée par la discussion en réunion d'équipe des objectifs, des méthodes et des résultats des différents projets. Les chercheurs se répartissaient ensuite par projet. La définition des données à collecter, la constitution des questionnaires d'enquête et des outils de recueil, les analyses et leurs interprétations sont ainsi partagées, assurant la synergie et la cohérence des travaux au regard des objectifs. Ces réunions mensuelles souvent d'une journée puis d'une demi-journée en 2012 et 2013⁴ ont permis de confronter les questionnements et les méthodes de recherche,

² 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

³ (abstract) *Healthcare systems across Europe face major challenges, including rising costs, workforce shortages, and unacceptable variations in safety and quality of healthcare. Changing the skill mix of health professionals is one strategy to address these challenges. Skill mix change is currently applied in many countries, although at varying degrees and in different ways. Skill mix refers to both the mix of staff in the workforce and to the division of professional roles and activities. Research has found that skill mix can improve quality, reduce costs and contribute to workforce development. Nevertheless, large-scale and sustainable implementation of skill mix changes in healthcare practice poses major challenges that need to be addressed. Move2MX aims to provide scientific knowledge that guides healthcare decision makers in the successful implementation of changes in health professionals' skill mix. Move2MX includes six countries, including the United States that all have extensive experience with skill mix changes in healthcare. Conditions which facilitate or hinder skill mix changes, including professional education, reimbursement, regulations, attitudes, and change management will be studied in WP1, WP2, and WP3. The impact of skill mix in naturalistic healthcare practices on quality, safety, costs of and access to primary healthcare services will be examined in WP4 and WP5. Project results will be actively disseminated to various audiences (policy makers, healthcare authorities, professional bodies and scientific community) to promote knowledge transfer. A series of scientific papers, reports for policy makers, factsheets on conditions for optimal implementation of skill mix changes and on impact of skill mix changes, (invitational) conferences,*

⁴ Rappelons que les financements spécifiques de l'équipe prospere sont arrivés à leur terme en décembre 2012 pour l'équipe de la SFMG d'u e part et l'équipe Irdes (mis à part le financement spécifique de l'évaluation des ENMR pour

d'échanger de nombreuses informations sur les politiques à l'œuvre, les logiques institutionnelles ainsi que les évolutions dans le monde de la recherche comme les informations relatives aux appels à projets. Chaque équipe a travaillé et porté ses projets propres dans le cadre général de l'équipe Prospere. Certains moyens ont pu être partagés par moment (mise à disposition de locaux, rémunération des animateurs pour l'organisation de focus groupes, valorisation sous forme de QES d'un travail de recherche, mise à disposition d'outil et d'expertise d'enquête web, traduction, déplacement et inscription en colloque).

La possibilité d'accueillir et d'encadrer des étudiants en thèse de science a permis de développer la capacité à publier notamment dans les revues à comité de lecture. La possibilité d'encadrement des étudiants en thèse de science s'est développée avec les HDR de Nathalie Pelletier Fleury et de Carine Franc. Elle n'a pas progressé à ce jour à l'IRDES et constitue un enjeu essentiel pour la consolidation de la recherche sur les soins primaires au sein de cette équipe.

Axe économie : L'analyse des formes organisées des soins de premiers recours a mobilisé les concepts et méthodes de l'économie sous l'angle 1/ des usagers notamment par des méthodes de révélation des préférences et de l'évaluation économique, 2/des professionnels au travers de l'analyse des incitations.

1 - L'analyse du point de vue des usagers (thèse de santé publique de Nicolas Krucien)

La qualité des services de soins constitue un enjeu majeur pour les différents acteurs (financeurs, professionnels de santé et usagers) du système de santé. Mais la qualité reste un concept difficile à appréhender, principalement en raison de sa nature multidimensionnelle. On distingue classiquement la qualité des structures, des processus et des résultats obtenus. Des travaux ont été réalisés en France sur la qualité dans les établissements hospitaliers. Ce concept n'a pas été étudié en matière d'offre de soins de premier recours. Il l'a beaucoup été, et l'est encore, à l'étranger.

Une façon d'aborder ce concept de la qualité peut être de se placer du point de vue de l'utilisateur. C'est le point de vue que nous adoptons. Si la qualité des services de soins est aujourd'hui au cœur des préoccupations de tous les acteurs et qu'elle est un enjeu majeur de la réorganisation de l'offre de soins de premier recours, on peut interroger les usagers sur leurs préférences en la matière et sur l'effort supplémentaire qu'ils seraient prêts à consentir pour bénéficier de services de soins de qualité. Cette approche « participative » pourrait permettre d'informer les décideurs sur le caractère socialement acceptable et financièrement soutenable de l'amélioration de la qualité.

L'objectif principal de cette recherche est donc d'analyser comment, dans un contexte où l'utilisateur a l'obligation de choisir son médecin traitant, se font ses choix face à la diversification, en marche, de l'offre de soins de premier recours (accessibilité, disponibilité, circulation de l'information, organisation en cabinet individuel ou de groupe, centre de santé, maison de santé, etc.).

Dans le cadre théorique de l'économie du bien-être, qui postule que les préférences individuelles fondent la valeur des biens et des services hors marché, diverses méthodes de révélation des préférences ont été proposées. On peut citer, par exemple, la méthode de l'évaluation contingente (Ryan M. *et al.*, 2001). Depuis quelques années, une autre méthode de révélation des préférences dans le domaine de la santé est explorée. Il s'agit de l'analyse conjointe, fondée sur la théorie de Lancaster, selon laquelle les individus dérivent une utilité (ou préférence) non pas de la quantité du bien qu'ils consomment, mais des attributs de qualité et niveaux d'attributs qui caractérisent ce bien.

l'année 2013). Pour l'équipe Cermes, les financements ayant été décalés d'une année, ils arriveront à leur terme à la fin de l'année 2013..

Nous mobilisons, dans ce travail de recherche, la méthode des choix discrets (MCD). On fait l'hypothèse, ici, que le choix du médecin traitant résulte d'un arbitrage implicite entre divers attributs de qualité de l'offre de soins proposée, qu'il s'agit là de faire révéler. La MCD en santé a beaucoup été utilisée ces dernières années. Nous avons réalisé une revue de la littérature à ce sujet. Nous avons fait ce détour de production en utilisant la grille de Louvière (Louvière *et al.*, 2008) pour apprécier les points forts et les faiblesses de ces études afin d'en tirer des enseignements pour la mise en œuvre de notre propre travail de recherche. Cette revue de littérature, relue et corrigée par une équipe écossaise du Health Economics Research Unit de l'université d'Aberdeen, dans laquelle Nicolas Krucien est post-doctorant, a été soumise à publication.

Cette recherche a été réalisée suivant deux étapes :

Une première étape a consisté à identifier les aspects des services de soins de premiers recours auxquels, en France, les usagers accordent la plus grande importance, travail préliminaire mené grâce à l'utilisation d'une méthode d'enquête de type Delphi « classant ». Les aspects 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 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) sur une échelle de 0 à 9. 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 1ers résultats permettent d'apporter un éclairage original sur les changements organisationnels aujourd'hui en cours en France (loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »). Ces changements pourront répondre aux préoccupations des usagers aux conditions de préserver la capacité d'échange d'informations entre le médecin et le patient et de réduire la fragmentation de la prise en charge médicale globale du patient. 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. Ce premier travail a été publié dans *Health Expectations*⁵. Il a aussi fait l'objet d'un numéro de *Questions d'économie de la Santé*⁶. Cette dimension de la continuité a également été analysée dans le cadre de l'évaluation des ENMR au travers notamment du calcul d'un indicateur au moyen des données du SNIIRAM que nous appelons « taux de partage des patients ». Cet indicateur mesure la part de consultations et visites réalisées par les autres médecins de la structure auprès d'un patient inscrit médecin traitant auprès d'un médecin de la structure. Il reflète le niveau de substituabilité entre médecins de la structure (reflet d'une capacité à coopérer) mais également la continuité des soins avec le médecin traitant d'une part et la structure d'autre part L'équilibre entre relation personnalisée et relation plus

⁵ *Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method.* Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. *Health Expect.* 2011 Jun 17. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00698.x. [Epub ahead of print]

⁶ *Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ?* Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury. *Questions d'Economie de la Santé* n°163, mars 2011.

globale à l'organisation apparaît ainsi comme un enjeu de la performance en soins primaires et pourra être envisagé comme une mesure de « performance » dans le cadre d'un processus de généralisation extension du financement du travail en équipe de soins. Dans le prolongement de cette 1^{ère} étape, une enquête de choix discrets a été réalisée chez des patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques. Rappelons qu'en France aujourd'hui, plus de 6.5 millions d'individus ont une affection de longue durée reconnue par le régime général. Cette forte croissance de la part des patients atteints d'affections 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 à leurs besoins reste relativement limité. L'organisation dominante des soins reste un modèle de réponse rapide à des besoins médicaux ponctuels (épisodes de soins aigus) (Wagner EH et al, 2001). En 2008, une étude réalisée dans huit pays de l'OCDE (dont la France) auprès de patients chroniques montrait que plus de la moitié des répondants percevaient 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 (Schoen C et al, 2009). L'inadéquation de l'offre de soins aux besoins des patients atteints d'affections chroniques est source d'inefficience (Holman H et al, 2000). Face à cela, différents modèles de soins de premiers recours ont été élaborés depuis la fin des années 90. Le « Chronic Care Model » (CCM) développé aux Etats-Unis constitue une des initiatives les plus abouties (Bodenheimer T et al, 2002). Il est fondé sur une réorganisation de la pratique des soins de premiers recours à partir de modifications intervenant tant 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 ; etc.). En fonction du contexte sanitaire, sa mise en œuvre peut être plus ou moins difficile à réaliser en pratique de routine. Notre enquête de choix discrets a été réalisée sur la base d'un questionnaire élaboré à partir des aspects novateurs de la prise en charge proposée par le CCM (aide à l'autogestion par le patient ; consultation de groupe ; suivi spécifique des pathologies chroniques ; etc.) en s'inspirant du Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC). Les résultats de ces travaux confirment le rôle central de la relation médecin-patient et plus particulièrement de l'échange d'informations entre le médecin et le patient dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. Cependant une relation médecin-patient de qualité ne doit pas pour autant être réalisée au détriment de la qualité technique du soin et de la coordination de la prise en charge du patient. Ils ont donné lieu à la soumission de 2 articles, l'un actuellement en 2^e révision dans BMC HSR⁷ (il s'agit de la validation du PACIC en langue française), l'autre en 1^{ère} révision dans Health Expectations⁸ (il s'agit des résultats de l'enquête de choix discrets). Ce travail montre également l'importance de prendre en compte l'expérience de soins des patients lors de l'analyse de leur point de vue, et plus particulièrement de leur disposition au changement. Ce dernier résultat a été confirmé par un travail que nous avons mené sur un échantillon représentatif d'anglais vivant en France, que nous avons interrogés, via l'Europep, sur le degré de satisfaction qu'ils avaient vis-à-vis de différents attributs du système de soins de médecine générale en France et qui a montré, toutes choses égales par ailleurs, l'influence de la confiance (proxy de l'expérience de soins) qu'ils avaient dans le système de santé anglais (en général), avant qu'ils ne vivent

⁷ Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Patients preferences for CCM and DCM. *Health Expectations (en 1ère Revision)*

⁸ Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context. *BMC Health Services Research (en 2ième revision)*

en France, sur les résultats de satisfaction dans l'étude⁹. Les productions issues de cette approche sont présentées en [Fiche n° 1, page 31].

Par ailleurs, l'ensemble de ces travaux a été mobilisé dans une perspective d'application à la mesure de la satisfaction en soins primaires, notamment en centre de santé. Deux thèses de médecine générale ont été réalisées dans ce cadre¹⁰. Ces travaux ont permis d'élaborer et tester un questionnaire de satisfaction en soins primaire pour une utilisation plus générale dans le cadre de l'évaluation des sites participants à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Un protocole complet d'évaluation de la satisfaction a été élaboré pour une application auprès des patients des sites expérimentateurs. Il n'a cependant pu être mis en œuvre, car non financé, en raison de l'attribution du projet, par la Direction de la Sécurité sociale à un autre opérateur à l'issue d'un appel à projet.

L'application en situation concrète d'une mesure de la satisfaction des patients consultants dans les structures de soins de premiers recours, paraît néanmoins une voie à poursuivre.

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 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 favorisent 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 efficients – 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 ; 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 efficience¹¹ (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.

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

9 N. Pelletier-Fleury, M. Le Vaillant. *British residents' views about general practice care in France – atelephone survey. BMC Health Services Research 2013, 13:224 (18 June 2013).*

¹⁰ Martin-Huret Magali, *Outil d'évaluation de la satisfaction des patients consultant dans des structures de groupe multidisciplinaires en soins primaires*, thèse de médecine générale soutenue le 23 mai 201 – directeur de thèse T Cartier.. Emilie Thouny, *Satisfaction des patients consultant un médecin généraliste aux centres de santé pluridisciplinaires de la ville de Gennevilliers* soutenue le 14 février 2012-directeur de thèse T Cartier.

¹¹ *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.*

généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009^{12,13}. Nous avons également confirmé dans ce travail 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.

Nous avons ensuite finalisé des travaux exploratoires, engagés préalablement à la constitution de l'équipe Prospère, d'évaluation des exercices collectifs en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé (CDS)¹⁴ et de coopération entre généralistes et infirmières¹⁵, afin d'en évaluer la performance. Les travaux sur les MSP et CDS ont mis en évidence la très grande hétérogénéité des 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.

Par ailleurs, 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 avec l'Uncam. En pratique, 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'efficacité 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.

Les années 2011, 2012 et 2013 ont été largement consacrées, à la finalisation et la mise en œuvre de l'évaluation économique de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR¹⁶) [Fiche n° 2, page 36]. 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

¹² Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.*

¹³ 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*

¹⁴ *Rapport Irdes en cours de parution pour la fin 2011*

¹⁵ 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.*

¹⁶ Luciano L., Mousquès J., Bourgueil Y. *Payment Pilots in Primary Care Group Practices. 2010, Health Policy monitor*

avant/après contrôlé, qui vise à comparer les cas à différentes catégories de groupes témoins (« locaux » et « nationaux ») selon différentes dimensions. Ce cadre général a été diffusé sous forme de QES en octobre 2013¹⁷. Ce travail a été complété d'une revue de la littérature sur le lien entre regroupement et performance, afin de valider les derniers choix méthodologiques¹⁸. L'évaluation des résultats porte 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). Ces extractions des données de l'Assurance maladie ont été renouvelées en 2011, 2012 et 2013 pour les années 2010, 2011 et 2012 pour les sites de la première vague d'inclusion et leurs témoins ainsi que pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012 pour les sites et leurs témoins de la seconde vague. Ce travail a été réalisé directement à la CNAMTS par un gestionnaire de données salarié de l'Irdes exclusivement affecté à l'évaluation des ENMR. Une enquête auprès des sites a été réalisée en 2010 et renouvelée en 2012.

Le protocole de recherche et les premières analyses ont fait l'objet de nombreuses communications à l'Idep, l'IHEA et l'ECHE en 2011, 2012 et 2013. Complétées des nouvelles extractions de données cette recherche fera l'objet d'une première soumission pour publication dans une revue à comité de lecture à la fin janvier 2013. Des résultats intermédiaires ont fait l'objet d'un rapport d'étape complet livré fin 2012 aux commanditaires (le Ministère de la santé représenté par la Direction de la Sécurité Sociale). Des publications et une soutenance de thèse en économie de la santé (Julien Mousques) sont programmées pour l'année 2014.

L'environnement (analyse des caractéristiques de la zone d'implantation) a fait en outre l'objet d'une analyse spécifique conduite par Guillaume Chevillard, étudiant inscrit en master 2 recherche en géographie et constitue la première partie d'une thèse de géographie co-encadrée par Véronique Lucas Directrice de recherche à l'Irdes et le professeur Gérard Salem du laboratoire Espaces, santé et territoire de l'université Paris Ouest [Fiche n° 3, page 43]. Ce travail qui comprend notamment l'élaboration de deux typologies France entière permettant de caractériser les territoires d'implantation des MSP et PDS à l'échelle des bassins de vie en milieu rural et des pseudo cantons en milieu urbain selon l'offre en soins primaires et les besoins de santé, a permis de répondre à deux questions principales. Les MSP sont-elles localisées dans des zones où les besoins sont plus importants et leur implantation a-t-elle un effet sur l'offre de soins locale ? La localisation des MSP et PDS semble bien correspondre aux objectifs poursuivis, à savoir l'implantation dans des zones plutôt fragiles, même si les résultats sont plus complexes à analyser en zone urbaine. L'effet sur la démographie des médecins semble également positif, même s'il n'est pas statistiquement significatif et demande à être confirmé par une plus grande profondeur temporelle dans l'analyse. Ces résultats

¹⁷ *L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération* **Questions d'économie de la santé** Irdes n° 189. Juillet-août 2013. [Afrite A.](#), [Bourgueil Y.](#), [Daniel F.](#), [Mousquès J.](#) (Irdes) en collaboration avec Couralet P.-E. et [Chevillard G.](#) (Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218, CNRS ; Irdes)

¹⁸ *Paru en 2011 dans la Revue française des affaires sociales (RFAS)*

qui ont été publiés sous forme de QES¹⁹ et de documents de travail font l'objet d'une soumission en cours dans la revue d'Economie régionale et Urbaine

L'organisation et la production des soins fait également l'objet d'une analyse spécifique de nature sociologique et qualitative de la réorganisation des tâches autour de l'éducation thérapeutique des patients par Cécile Fournier inscrite en thèse de santé publique sous la direction de Martine Bungener [Fiche n° 4, page 46]. Ce travail de thèse a démarré en 2011 et s'appuie sur des terrains des ENMR, notamment au travers de l'évaluation qualitative qui a été réalisée en 2013 auprès de quatre sites engagés dans les ENMR. Enfin, un protocole spécifique d'évaluation de la coopération médecin infirmier dans le cadre du Module 3 des ENMR associant une approche quantitative et une approche qualitative a été soumis et validé par les instances de pilotage des ENMR. Ce travail qui se déroulera sur la période 2014-2017 aura pour finalité de valider les hypothèses relatives au financement d'une centaine d'ETP infirmiers dans le cadre d'une extension France entière du dispositif ASALEE (voir protocole en annexe n°2).

L'ensemble de ces travaux sont présentés, discutés et validé à intervalles réguliers dans le cadre d'un comité de pilotage de l'évaluation des NMR qui regroupe l'ensemble des parties prenantes (CNAMTS, DSS, DGOS, professionnels des centres et maisons de santé). L'exigence de la production de résultats dans la perspective de l'action publique (doublement des sites en 2014 et négociations conventionnelles en 2014 sur la rémunération d'équipes de soins primaires) impose une contrainte forte aux chercheurs qui conduit à reporter la valorisation académique des travaux. A ce titre l'expérience accumulée dans ce projet permet de mettre en perspective les conditions nécessaires pour produire à la fois dans une perspective d'action et de décision publique tout en cherchant à valoriser les travaux dans le cadre académique²⁰.

3 - L'analyse des incitations des offreurs

En 2009, la France a rejoint de nombreux pays en introduisant dans le secteur ambulatoire, des incitatifs explicites (Capi) visant à conditionner une partie de la rémunération à la performance qualitative (paiements à la performance - P4P). Dans un premier temps sur la base du volontariat, le paiement à la performance pour les médecins généralistes a été généralisé dès la convention nationale de juillet 2011. Alors même que ces paiements n'ont pas complètement fait la preuve de leur efficacité ni et surtout de leur « innocuité », la part de ces paiements, 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* ». Ainsi, les auteurs posent 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. Eijkenaar (2013) propose dans son

¹⁹ Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux..Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR).*Questions d'économie de la santé* Irdes n° 190. Septembre 2013. [Chevallard G.](#) (Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218, CNRS ; Irdes), [Mousquès J.](#), [Lucas-Gabrielli V.](#), [Bourgueil Y.](#) (Irdes) en collaboration avec Rican S. - *Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France*, collection document de travail Irdes n°57, [Chevallard G.](#), [Mousquès J.](#), [Lucas-Gabrielli V.](#), [Bourgueil Y.](#), Rican S., Salem G

²⁰ La possibilité d'inscrire des étudiants en thèse de science de troisième cycle sur de tels projets et donc de les encadrer est une condition absolument indispensable qui n'est pas atteinte à ce jour à l'IRDES.

recueil d'articles un panorama des initiatives et de leurs évaluations plus ou moins partielles menées dans ce domaine.

Par ailleurs, la multiplication récente des modes alternatifs d'organisation de soins de premiers recours de même que l'évolution du rôle du médecin généraliste, devenu médecin traitant depuis 2004, « *gatekeeper* », modifient potentiellement les relations « contractuelles » entre les acteurs – entre les médecins eux-mêmes, entre les médecins et les patients et ou entre les médecins et les financeurs, du fait notamment 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? Existe-t-il des profils particuliers de médecins généralistes au regard de leurs choix de pratique? Encore aujourd'hui essentiellement rémunérés à l'acte, sont-ils satisfaits de leur rémunération comme de l'exercice de leur profession? Qu'en est-il de cet épuisement professionnel dont on entend parler au sujet des médecins? Rencontrent-ils des difficultés particulières? À quel niveau? Dans un contexte de féminisation croissante, quelles en sont les conséquences sur l'offre de soins ambulatoires? Et, dans cet environnement de transformations, y-a-t-il des effets « pervers » à renforcer et complexifier les incitatifs explicites ?

L'analyse des incitations des offreurs avait fait l'objet d'un investissement spécifique en 2010, le protocole de l'enquête en région Midi Pyrénées comme la nature des informations recueillies avaient été collectivement discutés au sein du groupe. 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) en ciblant les 500 premiers médecins répondants. Le questionnaire construit autour de 4 axes « *organisation de votre pratique* », « *contenu de votre pratique et votre patientèle* », « *votre satisfaction et vos contraintes* », et enfin, « *quelques questions sur vous* » a permis de collecter des données originales et riches concernant au total 423 médecins. L'échantillon de MG est représentatif des 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 = 124 714 € ; en appliquant le taux de charge moyen de 2007 de 43.3 %, le revenu annuel moyen est de 70 713 € vs 71 690 € en moyenne pour les omnipraticiens en 2008). La Fiche n°5, page 49 présente les productions scientifiques réalisées à partir de ces données d'enquête.

Les résultats des différentes études ont été collectivement discutés à l'occasion de réunions mensuelles de l'équipe puis à l'occasion de séminaires et congrès internationaux. Certaines analyses ont été menées dans le cadre de mémoires de Master 2 (Dauphine et Paris 11) et de 3^e année Ensaï.

Une première étude a consisté à construire une typologie des médecins généralistes au regard des choix de pratiques et du contenu de cette pratique (groupe vs solo/ permanence des soins vs non, intensité de l'activité, échanges avec autres professionnels, etc.) [Fiche n° 5, page 49]. Ainsi, nous avons identifié 4 profils distincts de médecins généralistes.

Cette première analyse a également permis de confirmer les difficultés des MG puisque plus de 20 % d'entre eux déclarent ressentir souvent un sentiment de « *burnout* », traduisant au moins un épuisement professionnel fréquent. L'étude des déterminants de cet épuisement professionnel des MG met en évidence des caractéristiques susceptibles de protéger les médecins de cet épuisement. Il s'agit notamment du fait d'exercer en groupe, d'échanger de façon fréquente avec d'autres médecins et de « *spécialiser* » partiellement sa pratique par un mode d'exercice particulier ou une activité spécifique pour moins du tiers de son temps professionnel [Fiche n° 5, page 49].

Par ailleurs, 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 de médecin et de la satisfaction

que cette activité leur procure indépendamment des rémunérations (Motivations Intrinsèques, MI). A partir des données de l'enquête, nous avons construit, un score de motivations intrinsèques selon une approche exploratoire et une analyse critique des méthodes statistiques ayant donné lieu à publication dans *International Journal of Quality Assessment in Health Care*²¹. En utilisant l'indicateur construit, nous montrons notamment qu'un proxy souvent utilisé pour caractériser les MI -la fourniture de prévention- est relativement peu convaincant car il tend à surestimer les MI. Nous comparons ensuite le score de MI obtenu par médecin avec un indicateur simple de ME (Motivations Extrinsèques, CA/acte) et il semblerait que nos résultats, sans pouvoir établir de relation de causalité, tendent à conforter l'hypothèse de l'effet d'éviction des MI par les ME. Ce travail a été publié dans *Health Policy*²², Voir [Fiche n° 5, page 49].

Suite à ces travaux qui mettent en évidence les différences de préférences entre les médecins, nous nous sommes interrogés sur la différence d'activité et de rémunération entre hommes et femmes médecins. Ainsi, nous avons mesuré l'écart de salaire entre hommes et femmes médecins à près de 26 % en faveur des hommes et nous avons étudié les déterminants de cet écart. La décomposition d'Oaxaca-Ransom (1994) nous a ainsi permis de distinguer la partie du différentiel de revenu liée à des différences de caractéristiques (73 %, dont 64 % expliqués par les écarts de nombre d'actes fournis en moyenne par an), de celle liée à des différences de rendement de ces mêmes caractéristiques dans la formation du revenu. En analysant ces différences de rendements, il est intéressant de noter que comme Gravelle (2011), nous montrons que les femmes ont un avantage significatif de rendement pour le nombre total de consultation/visites par an : effectuer un acte supplémentaire est plus rémunérateur pour les femmes que pour l'ensemble des médecins généralistes. Ces résultats ont été publiés dans *BMC Family Practice*²³ Voir [Fiche n° 5, page 49].

²¹ Sicsic J., Le Vaillant M., Franc C. (2013). Building a composite score of general practitioners' intrinsic motivation: an exploratory approach involving French GPs. *International Journal of Quality in Health Care* (à paraître)

²² Sicsic J, Le Vaillant M, Franc C. Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners. *Health Policy*, Vol 108, Issue 2, Pages 140-148, Dec 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.020>.

²³ Dumontet M, Le Vaillant M, Franc C. What determines income inequality between French male and female GPs - on the role of differences in medical practices. *BMC Family practice* 2012. doi:10.1186/1471-2296-13-94.

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 des soins primaires a été principalement abordée de façon exploratoire et théorique par des travaux menés en 2009 et achevés en 2010 (cf. rapport d'activité 2009-2010 précédent avec la tenue d'un colloque au mois d'octobre 2009 et d'une publication dans un numéro spécial de la *RFAS* en septembre 2010²⁴). En 2011, 2012 et 2013 la valorisation²⁵ dans le cadre du projet Européen Phameu s'est poursuivie (deux articles collectifs sur les résultats de Phameu ont été publiés, un ouvrage final achevé devant être publié prochainement). La transposition du cadre conceptuel de description du système de soins primaires en France n'a pas été réalisée à ce jour. La mise en œuvre de la réforme des ARS en 2010/2011, n'a pas permis d'engager avec des institutions en pleine transformation un travail plus empirique d'analyse de la constitution des territoires de premiers recours. Cela semble désormais plus envisageable en 2014. La thèse de Guillaume Chevillard (citée précédemment) orientée vers la constitution des territoires de proximité à partir de l'analyse des sites ENMR contribue à la production de connaissance sur la nature des territoires de premiers recours en émergence, les principes de constitution de ces territoires (temps d'accès, indicateurs de besoins médicaux et ou sociaux), leur articulation avec le secteur médico-social, mais également les effets des formes organisées de soins sur ces territoires en termes d'accès aux soins et de développement.

L'équité est une dimension importante de la performance des systèmes de santé et a fortiori des soins primaires. La mesure des inégalités de recours aux soins est une façon de mesurer la performance en

²⁴ *Politiques et organisation des primaires en Europe et aux USA. Quels enseignements pour la France ? in Revue Française des Affaires sociales, N°3. Juillet – septembre 2010, 64^e, La documentation Française.*

²⁵ *Kringos DS., Boerma GW., Bourgueil Y. et al. The European Primary Care Monitor: Structure, Process and Outcome Indicators. BMC Family Practice, 2010, 11:81.*

Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study, British Journal of General Practice, November 2013

termes d'équité. Une autre façon de poser la question est de questionner la contribution des organisations de soins primaires à la réduction des inégalités sociales de santé ou plus modestement des inégalités de recours aux soins. Une première exploration de cette problématique a été menée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities in Regions). C'est principalement au travers d'une revue de la littérature sur les interventions dans le secteur des soins primaires que le travail a été mené. Il a permis d'élaborer une typologie des formes d'interventions publiées et évaluées menées dans le secteur des soins primaires visant à réduire les inégalités de santé et une mise en perspective dans le contexte français. La revue de la littérature a mis en évidence l'importance des mesures visant à rendre les soins primaires financièrement très accessible et des actions de prévention adaptées aux publics cibles dans la communauté [Fiche n° 6, page 56].

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

La production d'indicateurs de performance dans le cadre du Capi a fait l'objet de nombreux débats au sein de Prospere qui ont conduit à la réalisation de différents travaux dans lesquels se sont beaucoup impliqués les médecins généralistes du groupe.

Un des premiers travaux a été de réaliser une analyse critique des modalités de repérage des populations cibles par les médicaments remboursés pour le calcul des indicateurs de performance (actuellement pratiqué en France). On sait qu'au Royaume-Uni, par exemple, où le paiement à la performance fonctionne depuis avril 2004, le repérage des populations cibles se fait sur la base de données cliniques recueillies par les praticiens, de façon standardisée, durant la consultation, grâce à l'utilisation de logiciels médicaux répondant à des normes de compatibilité permettant ensuite le transfert des données et leur analyse. Des critiques émanent sur ces deux modes de repérage des populations cibles. Ce travail avait pour objectif, sur la base des données de l'OMG, d'analyser l'intérêt et les limites des repérages « clinique » et « médicamenteux » d'une population de patients diabétiques et hypertendus de plus de 50 ans (60 ans pour les femmes) et ses éventuelles conséquences sur le calcul de deux indicateurs de P4P. Les résultats ont été largement débattus avec la Cnamts. Une reprise du papier soumis à la RESP et refusée en deuxième lecture a été publiée en anglais dans la revue Plos One²⁶. [Fiche n 10, page 63].

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 à partir d'une large base de données de la Cnamts de la région Bretagne. Ce travail qui a été réalisé dans le cadre d'un Master 2 et a fait l'objet d'une publication dans la revue *European Journal of Public Health*²⁷ (voir [Fiche n°5, page 38].

²⁶ Saint-Lary O, Boisnault P, Naiditch M, Szidon P, Duhot D, Bourgueil Y, Pelletier-Fleury N. Performance scores in general practice: a comparison between the clinical versus medication-based approach to identify target populations. *Plos One*. 2012;7(4):e35721. doi: 10.1371/journal.pone.0035721. Epub 2012 Apr 20.

²⁷ Chauvel N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Variation in HbA1c prescription for patients with diabetes in French general practice – an observational study prior to the implementation of a P4P program. *European Journal of Public Health* 2013 Feb;23(1):61-6. doi: 10.1093/eurpub/ckr177. Epub 2012 Jan 4.

Enfin, un troisième travail également achevé, a été mené sur les problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance dans le cadre de la mise en place du Capi. Si des travaux ont déjà été réalisés en France pour étudier les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, aucun à notre connaissance n'a jamais été réalisé sur la mise en place du paiement à la performance des médecins traitants en milieu ambulatoire. Pourtant, 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. Les points de vue des médecins à ce sujet n'ont jamais été recueillis ? Cela a constitué l'objectif de ce travail de recherche mené grâce à des entretiens collectifs de type focus group, dont le contenu a été analysé et à la suite desquels un questionnaire fermé a été construit et les données exploitées²⁸ [Fiche n 7, page 58]. La partie qualitative du travail a été publiée dans *Journal of Medical Ethics*²⁹. Une version française de ce travail a été publiée par la *Revue des Affaires Sociales* en 2011³⁰.

Un projet a été initié en 2012 sur la prise en charge des patients hypertendus poly pathologiques chroniques de plus en plus nombreux dans les consultations de médecine générale et qui peuvent, dans le contexte de la diffusion du Capi, poser des difficultés aux médecins signataires. On ne peut en effet pas 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 de la maladie chez les patients. De plus, 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 et aux risques iatrogènes. 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). Il s'agit donc, dans le cadre de ce projet, de mener une réflexion sur la faisabilité d'utiliser des indicateurs de performance pertinents (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 ?), adaptés à la pratique quotidienne portant sur l'HTA et ses co morbidités. 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. Ce travail, essentiellement basé sur la mise en œuvre d'une typologie de patients polypathologiques chroniques, est effectué à partir de la base de données de l'OMG [Fiche n° 8, page 61]. Une revue de la littérature internationale a été menée afin d'identifier les indicateurs de performance utilisés ou prônés 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 mesure de la performance des organisations de soins primaires peut également être appréhendée par des indicateurs relatifs à la trajectoire/parcours de soins des patients et notamment le recours à

²⁸ Saint-Lary O, Bernard E, Sicsic J, Plu I, François Prussell I, Franc C. Why did most French GPs choose not to join the voluntary national pay-for-performance program? *Plos One*, September 2013. Vol 8, Issue 9; e72684.

²⁹ Ethical issues raised by the introduction of P4P in France. Saint-Lary O, Plu I, Naidich M., *Soumis au Journal of Medical Ethics* 2012 Aug;38(8):485-91.

³⁰ Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? Saint-Lary O., Plu I., Naidich M., *Revue Française des Affaires Sociales*:2011n°2-3, avril-septembre (à paraître)

l'hôpital. Ce recours peut être appréhendé en termes de taux d'évènements, de modalités de recours (passage par les urgences ou admission directe), durée, et réadmission. Dans le cadre des travaux de prospere et notamment de l'évaluation des ENMR, il est apparu opportun de tester des méthodes de mesure de la performance à partir des informations accessibles dans le SNIIRAM et applicables sur les sites et leurs témoins. D'une façon plus générale, le concept de trajectoires et ses applications empiriques est investigué dans le cadre d'une thèse de santé publique « Description et analyse des parcours de soins. » menée par Thomas Cartier et engagée début 2012. L'objectif de ce travail de thèse est de tester empiriquement l'existence de parcours de soins et, le cas échéant, la pertinence de leur utilisation comme mesure de la performance d'un système de santé, à une échelle territoriale. Un premier travail de revue de la littérature relative aux hospitalisations évitables a été réalisé et soumis en septembre 2013 à la RESP (papier en 1ere révision). Des applications empiriques à partir des données ENMR d'une part et des questionnements inscrits dans l'enquête ESPS 2014 vont permettre de poursuivre ce travail en reculant notamment le point de vue de l'utilisateur.

Axe base de données pour la recherche en soins de premiers recours : la construction d'un outil de recherche appariant des données médicales et de remboursement et l'extension de l'OMG

L'appariement des données de l'OMG avec les données du SNIIRAM a été mené à terme entre 2009 et 2012 dans sa phase test. La consolidation et le développement de l'OMG ont également fait l'objet de plusieurs démarches qui n'ont pas abouti. L'ensemble de ces travaux qui ont mobilisé des ressources importantes a été communiqué à l'occasion de colloques spécifiques sur l'accès aux données de santé dans le contexte Français. Un article de synthèse de ces travaux a été soumis en novembre 2013 à la revue POS/santé Publique voire annexe jointe.

Ainsi, 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'Observatoire de Médecine Générale (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, permettant en particulier de gérer l'attrition dans la mesure où la sortie des patients de la cohorte est rendue maîtrisable 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 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.

La SFMG s'est également engagée dans un partenariat qui a été formalisé par la signature d'une convention en décembre 2009 avec l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé). Ce partenariat a notamment permis la mise en forme d'une réflexion prospective sur l'avenir de l'OMG (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. Ces travaux à partir de la base OMG ont particulièrement mobilisé la SFMG et en particulier du Département d'informatique médicale de la SFMG. Trois axes ont été privilégiés :

- La production d'une typologie des médecins membres du réseau grâce à une enquête sur les conditions d'exercice des médecins investigateurs du réseau OMG [Fiche n° 9, page 64].
- La constitution d'un échantillon Sniiram test à partir de 30 médecins de la base OMG de la SFMG : Consommation de soins de patients ayant eu au moins un contact avec ces 30 médecins au cours de l'année 2008. [Fiche n° 10, page 65].

- L'intégration de nouveaux logiciels pour augmenter la représentativité par le nombre d'investigateurs

Cependant, en décembre 2011, la décision du conseil d'administration de la SFMG de mettre un terme à l'expérimentation OMG telle qu'elle avait été conduite pendant plus de quinze ans a pris effet. La SFMG a fait le constat qu'elle ne pouvait plus porter seule ce projet, les objectifs de l'observatoire (santé publique et connaissance de la médecine générale) dépassant la seule SFMG. Les moyens nécessaires tant humains que financiers que la SFMG était capable d'investir dans ce projet se sont avérés largement insuffisants pour répondre à ces objectifs.

Parallèlement à cette décision la SFMG a intensifié sa réflexion sur l'avenir de l'OMG dans un cadre élargi. Une réunion en février 2010 avec les partenaires historiques de la SFMG (l'Irdes, le Cermes, la Cnamts, Open Rome) a permis d'exposer les contours et les contraintes d'un nouveau dispositif. Deux pistes de travail ont été proposées pour avancer sur ce dossier : l'observatoire doit être porté par le Collège de la Médecine Générale (Collège MG) et il doit s'appuyer sur une Université. La piste envisagée en 2009 de partenariat avec l'Asip-Santé n'a pu aboutir en raison d'une inadéquation des calendriers respectifs.

Après avoir présenté le nouveau projet à chaque structure composant le Collège MG, le conseil d'administration du Collège a voté à l'unanimité le 9 juin 2011, la création d'un « Observatoire des pathologies et des pratiques en médecine générale », évolution naturelle de l'observatoire tel qu'on le connaît. Le Collège a confié à la SFMG la réalisation de ce projet.

Les liens établis depuis plusieurs années avec la faculté de médecine Paris Ile-de-France Ouest (Université Versailles Saint-Quentin) ont permis d'envisager que cette faculté soit partenaire du futur projet d'observatoire des pratiques.

Les démarches menées auprès de la CNAMTS notamment n'ont pas abouti à ce jour.

Par ailleurs, l'équipe Prospere a participé au séminaire sur le recueil de données en médecine générale organisé par le comité d'interface INSERM-Médecine générale, ITMO de santé publique qui s'est déroulé les 23 et 24 janvier 2013. L'expérience et les premiers résultats de l'équipe Prospere ont été présentés parmi les autres initiatives de constitution de bases de données pour la recherche en soins primaires. Ce séminaire dont les présentations sont accessibles sur le site du bottin de la recherche³¹ n'a pas permis de dégager un consensus sur la voie à suivre pour développer un outil conséquent pour la recherche.

Parallèlement à ces démarches, l'équipe Prospere a présenté les résultats du test d'appariement et des toutes premières analyses à plusieurs reprises. Tout d'abord aux deuxièmes journées scientifiques de l'assurance maladie les 9 et 10 octobre 2012 et ensuite le 12 février 2013 au *Séminaire sur les systèmes d'information pour la santé publique, la surveillance et la recherche* organisé par le Haut Conseil pour la Santé Publique.

Au total, le projet de test d'appariement des données du SNIIRAM sur un échantillon d'environ 80 000 patients de 30 médecins pour l'année 2008 (données régime général uniquement) a permis de démontrer la faisabilité et l'intérêt d'un appariement individuel probabiliste entre données cliniques de médecine générale et données du SNIIRAM.

L'extension du test à un échantillon regroupant la patientèle de 80 médecins sur 3 années (2009, 2010, 2011) et portant sur l'ensemble du SNIIRAM est aujourd'hui possible. Les données ont été

³¹ <http://www.lebottinrecherche.fr/content/s%C3%A9minaire-recueil-de-donn%C3%A9es-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale>

extraites aussi bien du côté de l'assurance maladie que du côté de la SFMG. De plus une enquête a été menée auprès de 450 médecins adhérant à l'OMG (dont les 120 médecins codeurs) en 2012 afin de les caractériser ainsi que leur organisation de travail. Ces travaux ont cependant été suspendus en raison d'un manque de ressources disponibles (la SFMG a fermé son DIM, les médecins généralistes membres de l'équipe prospère experts de l'OMG ne sont plus rémunérés depuis janvier 2013 et les ressources de l'IRDES sont principalement affectés à l'évaluation des NMR) mais également devant l'incertitude générale concernant la position des acteurs publiques face à l'investissement dans un outil national de recueil de données en médecine générale pour la recherche. L'exploitation de ces données qui avait été envisagée autour des travaux sur la polyopathie dans le cadre d'une réponse à un appel à projet de l'Iresp en 2013 est à ce jour suspendue, le projet n'ayant pas été retenu.

L'expérience prospère d'appariement a montré qu'il est possible de rapprocher ces informations. Elle a également révélé l'importance de l'investissement nécessaire dans une base représentative de médecins généralistes codant en routine. Un tel projet relève d'une infrastructure et d'un investissement comparable à celui d'une cohorte type constance. La constitution d'une base de données d'ampleur nationale associant des informations cliniques et des données du SNIIRAM pose de nombreuses questions de gouvernance et de régulation qui ont été explorées dans plusieurs rapports dont les auteurs ont d'ailleurs rencontré les chercheurs de l'Irdes à plusieurs reprises (rapport Bégau Castigliola³² et rapport de Pierre Louis Bras et André Loth³³) sont aujourd'hui débattues dans le cadre de l'accès pour la recherche aux données du SNIIRAM, les appariements et leurs utilisations. Dans le champ de la médecine de ville, l'existence d'opérateurs privés produisant des bases de données commerciales sur les prescriptions, la multiplicité d'initiatives médicales ou publiques visant à produire de l'information plus ou moins concurrentes et les enjeux économiques liées à la régulation/maîtrise des dépenses de soins rendent extrêmement fragile toute initiative visant à produire de l'information objective publique accessible à la recherche et aux acteurs sociaux.

³² <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000617/0000.pdf>

³³ http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_donnees_de_sante_2013.pdf

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 a rassemblé 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. L'équipe initiale en 2009 a été enrichie par l'arrivée de trois jeunes médecins généralistes dont deux ont réalisé leur Master 2 dans le cadre de l'équipe Prospere. Deux d'entre eux y ont inscrit leur travail de thèse (Olivier Saint Lary qui est devenu MCU à l'UVSQ (PIFO), Thomas Cartier ancien CCU de Bobigny actuellement en poste sur le projet de l'Hotel Dieu depuis le 1^{er} novembre). Pascal Clerc, médecin généraliste et chercheur confirmé a également rejoint l'équipe en 2011 pour y développer un prolongement de son travail sur la polyopathie et reçoit à ce titre un financement spécifique sur la dotation SFMG. Il est devenu professeur associé de médecine générale à l'UVSQ en 2013. Enfin, Cécile Fournier médecin de santé publique titulaire d'un DEA de sociologie et salariée de l'INPES (déjà citée) et Guillaume Chevillard ont également rejoint l'équipe Prospere pour y réaliser leurs thèses qui s'appuient notamment sur les terrains des ENMR.

La collaboration avec plusieurs équipes internationales s'est poursuivie. La participation au projet européen Move2 MX soumis à l'appel d'offres européen *FP7 Health 2012* (The right move? Implementation of skill mix changes to optimize the delivery of health care) sur le thème du skill mix en soins primaires avec le Scientific Institute for Quality in Healthcare (Stichting Katholieke Universiteit, Netherland), le NPCRDC de Manchester (Royaume Uni), Université de Heidelberg (Allemagne), UNC- Chapel Hill (USA).

Le partenariat avec le professeur Katharina Janus, de l'université d'Ulm <http://www.centerforhealthcaremanagement.com/>, sur l'étude de la motivation intrinsèque et extrinsèque chez les médecins, a fait l'objet de rencontres en France et en Allemagne en 2011 et 2012.

Les échanges avec les USA, notamment Thomas Ricketts de UNC ont conduit à la réalisation d'un article de comparaison sur le développement des soins primaires France et aux USA³⁴.

Le transfert par la formation à la recherche : un objectif réalisé

La constitution d'un parcours recherche sur l'organisation des soins et les systèmes de santé, HSR dans le cadre du Master 2 de recherche en Santé Publique de l'université Paris Sud a été élaborée et mise en œuvre par l'équipe du Cermes et l'équipe de l'UVSQ. Ouvert en 2013, il accueille 12 étudiants (2 pharmaciens, 1 étudiant avec un parcours de bio et 9 médecins généralistes tous en lien avec la filière universitaire, internes ou ccu). Le master mobilise également plusieurs chercheurs de l'équipe Prospere et s'appuie pour les stages sur les partenaires de l'équipe Prospere.

³⁴ *Advancing primary care in France and the United States : parallel opportunities and barriers.* Ricketts, T., Naiditch M., Bourgueil Y. *Journal of primary care & community health*, en ligne 2012/02/02, <http://jpc.sagepub.com/content/early/2012/01/24/2150131911434205.abstract>

IV. Valorisation

A. Livrables externes réalisés de 2009 à 2013 (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 et en révision dans revues à comité de lecture

Perlberg J, Allonier C, Boisnault P, Daniel F, Le Fur P, Szidon P, Bourgueil Y Mesurer la morbidité et analyser les parcours de soins : une étude de faisabilité et premiers résultats d'un appariement d'une base de données médicales en médecine générale avec les données de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) (Santé Publique – POS) – soumis en novembre 2013.

Cartier T, Naiditch M, Lombrail P, , Hospitalisations potentiellement évitables : une responsabilité des seuls soins de premier recours ? **Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique** - soumis le 18 septembre 2013 (en 1^{ere} révision).

Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Patients preferences for CCM and DCM. **Health Expectations** (en 1^{iere} Revision)

Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context. **BMC HSR** (en 2^{ieme} revision)

Articles publiés dans revues à comité de lecture

Sicsic J., Le Vaillant M., Franc C. (2013). Building a composite score of general practitioners' intrinsic motivation: an exploratory approach involving French GPs ». **International Journal of Quality in Health Care** (à paraître).

Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedeschi, Stefan Wilm, Andrew Wilson, Adam Windak, Jouke Van der Zee and Peter Groenewegen. The strength of primary care in Europe: an international comparative study, **British Journal of General Practice**, November 2013

Saint-Lary O, Bernard E, Sicsic J, Plu I, François Prussell I, Franc C. Why did most French GPs choose not to join the voluntary national pay-for-performance program? **Plos One**, September 2013. Vol 8, Issue 9; e72684.

N. Pelletier-Fleury, M. Le Vaillant. British residents' views about general practice care in France – a telephone survey. **BMC Health Services Research** 2013, 13:224 (18 June 2013).

Advancing primary care in France and the United States : parallel opportunities and barriers. Ricketts, T., Naiditch M., Bourgueil Y. *Journal of primary care & community health*, en ligne 2012/02/02, <http://jpc.sagepub.com/content/early/2012/01/24/2150131911434205.abstract>

Saint-Lary O, Boisnault P, Naiditch M, Szidon P, Duhot D, Bourgueil Y, Pelletier-Fleury N. Performance scores in general practice: a comparison between the clinical versus medication-based approach to identify target populations. **Plos One**. 2012;7(4):e35721. doi: 10.1371/journal.pone.0035721. Epub 2012 Apr 20.

Dumontet M, Le Vaillant M, Franc C. What determines income inequality between French male and female GPs - on the role of differences in medical practices. **BMC Family practice** 2012. doi:10.1186/1471-2296-13-94.

Sicsic J, Le Vaillant M, Franc C. Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners. **Health Policy**, Vol 108, Issue 2, Pages 140-148, Dec 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.020>.

Chauvel N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Variation in HbA1c prescription for patients with diabetes in French general practice – an observational study prior to the implementation of a P4P program. **European Journal of Public Health** 2013 Feb;23(1):61-6. doi: 10.1093/eurpub/ckr177. Epub 2012 Jan 4.

Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method. **Health Expectations** 2013 Mar; 16(1):3-13. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00698.x. Epub 2011 Jun 17.

Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. **BMC Family Practice** 2011 ; May 11 (12):28.

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 ?, **RFAS**, novembre 2011.

Mousques J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? **RFAS**, novembre 2011.

Mousquès J., Bourgueil Y., Le fur P., 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.. – publié en décembre 2010 dans la revue **Health Policy** 98 (2010) 131 - 143.

Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The European Primary Care Monitor: Structure, Process and Outcome Indicators.. **BMC Family Practice**, 2010, 11:81.

Articles publiés dans revues sans comité de lecture

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.

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.

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. Clément MC, Couralet PE, Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y. **Santé publique**, volume 21, Supplément N° 4, Juillet-Août 2009 29, pp. S1-S12.

Publication d'un chapitre médecine de groupe et prévention dans le rapport INPES du baromètre des pratiques en médecine générale, <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf>

La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. **Questions d'économie de la santé**, Irdes, n° 157. 2010/09.

Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury. **Questions d'Économie de la Santé**, Irdes, n° 163, mars 2011.

Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J. **Questions d'économie de la santé** Irdes n° 165. 2011/05.

L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins
Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération
Questions d'économie de la santé Irdes n° 189. Juillet-août 2013
Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. (Irdes) en collaboration avec Couralet P.-E. et Chevillard G. (Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218, CNRS ; Irdes)

Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux.
Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)
Questions d'économie de la santé Irdes n° 190. Septembre 2013
Chevillard G. (Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218, CNRS ; Irdes), Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y. (Irdes) en collaboration avec Rican S.

Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France, collection document de travail Irdes n°57, Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y., Rican S., Salem G.

La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France **les tribunes de la santé** n°40, automne 2013 Yann Bourgueil

Communications orales

31^e Journées des Economistes de la Santé Français, 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, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury. Communication orale aux 3 et 4 décembre 2009

3^e Congrès de la médecine générale 25 – 27 juin 2009

Quelles spécificités des maisons de santé pluridisciplinaires, en termes d'offre, d'activité, de recours aux soins et de prise en charge ? – M.C. Clement, 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

3rd Joint European Public Health Conference 2010, Amsterdam

Pay for performance program: pitfalls ahead? N. Chauvel, M. Le Vaillant, N. Pelletier-Fleury., 10-13 nov 2010.

4^{ème} Congrès de la médecine générale – 24 – 26 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) Saint-Lary O., Naiditch M., Ghadi V., Plu I.

6thEQUIP Invitational Conference Copenhagen 7-9 april 2011

Introduction of P4P in France: the CAPI programme. Saint-Lary O.

Can we use referral letters to assess the coordination skills of general practitioners and gatekeeping processes? Cartier T.

Is the multi-professional group practice in 'Maisons de santé' the future of primary care in France? Bourgueil Y.

1st Forum on Health Policy & Management, Hambourg, juin 2011. « First results - Construction of a composite indicator of GPs' Intrinsic Motivation Application to GPs from Midi-Pyrénées »

Congrès SFSP 3 et 4 novembre 2011.

Perceptions du burnout chez les médecins généralistes : le rôle protecteur des caractéristiques de la pratique médicale. Franc C.

EUPHA – Copenhagen – 10 novembre 2011.

Perceived burnout by GP's: a protective role of medical settings - Franc C.

What Chronic ill patients want from GPs: A stated-preference approach of the Chronic Care Model. Krucien N.

72nd EGPRN-meeting Nice 19-22 mai 2011 (poster)

Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France for chronic disease management Saint-Lary O., Plu I., Naiditch M.

Congrès pluri thématique de la Société Française de Santé Publique, Lille, nov 2011

Session invitée –IRESP : « Actualités en Santé Publique - IRESP». Présentation de « Perception de Burnout chez les MGs, le rôle protecteur de certaines caractéristiques de la pratique médicale ».

8th World Congress (IHEA), Toronto, Canada, 10-13 juillet 2011

Small Is Beautiful or Bigger Is Better? An assessment of French Experiment of New Mechanism of Remuneration for Multidisciplinary Group Practices in Primary Care. Mousquès J. Afrite A, Bourgueil Y, Couralet P.E.,

32ième Journées des Economistes de la Santé Français, Lyon 2010. Discussion de « Eliciting consumption-leisure trade-off via Physicians' Balance Billing, Fees Negotiations and Supplementary Insurance » (I. Jelovac).

9th European conference on health economics, Zurich, 2012

“What determines income inequality in the French context of FFS between male and female GPs”. Dumontet M., Le Vaillant M., Franc C

« Intrinsic and extrinsic motivation in primary care: an explanatory study among French general practitioners ». Sicsic Jonathan, Franc Carine

Efficiency of Multidisciplinary Group Practices in Primary Care – An assessment of a French Experiment of Pay for Performance for Integrated Primary Care Organization, Mousquès J.,

6^e congrès de la Médecine Générale France 2012. Nice. 21-23 juin 2012

Efficacité du regroupement pluri-professionnels autour des médecins généralistes - Le cas du suivi des patients diabétiques de type 2 - Une étude Prospere. Mousquès J.,

Collège des économistes de la santé (CES), 34^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF), Reims, 6-7 décembre 2012

Quels liens entre les formes d'organisation de la délivrance des soins de premier recours et leurs performances ? Cadre théorique et méthode d'évaluation des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations. Mousquès J.,

7^{ième} Congrès de la médecine générale – Nice, Juin 2013

Développer la recherche en médecine générale : "Un nouveau master 2 recherche à destination des professionnels de soins primaires. ». Nathalie Pelletier-Fleury, Olivier Saint Lary.

9th World Congress on Health Economics (IHEA), Sydney, Australie, 8-10 juillet 2013.

The impact of Multidisciplinary Group Practices in Primary Care on efficiency – An assessment of a French experiment of Pay for Performance for integrated primary care organization. Mousquès J.

35^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF), Créteil, 5-6 décembre 2013

Évaluation de l'impact du développement des maisons et pôles de santé sur l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux, Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Collège des économistes de la santé (CES),

HDR, Thèses et Master 2

Soutenance d'HDR de Carine Franc (le 12 juillet 2012) : « la relation d'agence en économie de la santé ». (université Paris-Dauphine).

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

Thèse d'économie démarrée en novembre 2012. Thésard J. Sicsic, Directeur de thèse : Carine Franc.

Thèse d'économie Thésard J. Mousques, Directeur de thèse : Marie Eve Joel

Thèse de santé publique - option économie de la santé démarrée en 2009– Thésard N. Krucien, directeur de thèse N Pelletier-Fleury. Soutenue le 18 février 2012.

Thèse de santé publique – démarrée en 2010 - Thésard C. Fournier, directeur de thèse M. Bungener (Cermes).

Thèse en éthique médicale - démarrée en octobre 2011 - Thésard O. Saint-Lary, directeur de thèse I. Francois (Laboratoire d'Éthique médicale Paris V).

Thèse en géographie de la santé- démarrée en octobre 2011 – Thésard Guillaume Chevillard, directeur de Thèse Gérard Salem (laboratoire Espace santé et territoire de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense).

Thèses de médecine - spécialité de santé publique - soutenue le 25 octobre 2011 – réduction des inégalités sociales de santé et interventions en soins primaires – Henri Leleu.

Spécialité médecine générale soutenue le 23 mai 201 – *Outil d'évaluation de la satisfaction des patients consultant dans des structures de groupe multidisciplinaires en soins primaires*, Martin-Huret Magali, directeur de thèse T Cartier..

Spécialité médecine générale - soutenue le 14 février 2012 - Satisfaction des patients consultant un médecin généraliste aux centres de santé pluridisciplinaires de la ville de Gennevilliers - Emilie Thouny - directeur de thèse T Cartier.

Mémoire et validation de Master 2

Quelle appréciation les médecins généralistes français ont-ils des problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance ? Mention Bien. Université Paris Descartes –Master 2 recherche en éthique médicale - Olivier Saint-Lary

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 du comité scientifique – modérateur de 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

3rd Joint European Public Health Conference 2010, Amsterdam, 10-13 nov 2010.

Rencontre régionale de la Fédération des maisons de santé de Lorraine (Femalor), 16 décembre 2009. Y. Bourgueil.

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

Intervention au colloque *Quelles perspectives pour la recherche en médecine générale ?* organisé par le comité d'interface le 20 janvier 2011 – Yann Bourgueil.

6th EQuiP Invitational Conference Copenhagen 7-9 avril 2011 – O. St Lary, Y. Bourgueil.

Small is Beautiful or Bigger is Better? An Assessment of French Experiment of a New Mechanism of Remuneration for Multidisciplinary Group Practices in Primary Care. Mousquès J., *10^e journées Louis-André Gérard-Varet* (Idep), Marseille, 20-22 juin 2011

2nd Irdes Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation, June 23-24th, 2011

Small is Beautiful or Bigger is Better? An Assessment of French Experiment of a New Mechanism of Remuneration for Multidisciplinary Group Practices in Primary Care.

Journée scientifique d'échanges CES-IReSP « Regards croisés sur la relation patient-médecin ». Discussion de « Une approche psychosociale de la relation patient-médecin de l'interaction à la situation thérapeutique » (L. Dany), Paris ,oct 2011.

Séminaire (DREES – ORS – UPRS) : Le panel de médecine de ville : un observatoire des pratiques et des conditions de travail des médecins. Discussion « Fee-for-service payments and consultation length in general practice: a work-leisure trade-off model for French GPs » (Clerc et al., 2012), « An examination of GPs rhythm of practice: a case study on the substitution effect between the length of consultation and drug prescribing practices » (Ventelou et al., 2010), nov 2012.

Séminaire du Comité d'interface Inserm-Médecine Générale, ITMO Santé Publique janvier 2013
Retour d'expérience sur l'Observatoire de la Médecine Générale, Yann Bourgueil, Nathalie Pelletier-Fleury, Philippe Boissault et Philippe Szidon

Expérimentation sur nouveaux modes de rémunération, Bourgueil Y., *Séminaire IFROSS : Modes alternatifs de rémunération et leur inscription dans le système de financement de la santé*, Lyon, 22 février 2013

Expérimentation sur nouveaux modes de rémunération, Bourgueil Y., Cnam 89, *Conseil public professionnels de santé*, « Auxerre, 11 avril 2013

2es Journées nationales de la FFMPS, Toulouse, 22-23 mars 2013, Mousquès J.

From individual contract and fee-for-service payment towards payment by objectives and payments that support collective structures in ambulatory care: A progressive shift based on experimentations and contract innovation – Yann Bourgueil - Kassen Artzliche Bundes Vereinigung Fair 2013:Cooperations and incentives for care coordination: International opening session Berlin, April 16, 2013

Conférence de présentation des travaux de l'équipe Prospere à l'IRSPUM (Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal) – Yann Bourgueil - Montreal Quebec 12 juin 2013.

Participation à la table ronde de clôture du collectif de recherche sur les services de première ligne au Québec «Vers une meilleure première ligne : pistes pour éclairer la décision» - invité. Yann Bourgueil - Montreal - 13 juin 2013.

Regionalization and new models of payment in France: lessons and issues regarding integrated care development - Special ICES Seminar: Health System Innovation in UK and Europe – Institute for Clinical Evaluative Sciences - Toronto – Yann Bourgueil – 14 juin 2013.

De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes
Colloque national du Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé organisé par la Ville de Grenoble, Yann Bourgueil - 21 octobre 2013 – Grenoble.

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 (Y Bourgueil, J Mousques)

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'offres 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	31
Préférences des patients pour la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale : une enquête de choix discrets	
Fiche n° 2	36
L'évaluation des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)	
Fiche n° 3	43
Dynamiques territoriales et accessibilité aux soins de premiers recours - Etude de l'implantation des maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en France métropolitaine	
Fiche n° 4	46
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	49
Des analyses à partir d'un échantillon de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.	
Fiche n° 6	56
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° 7	58
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° 8	61
Typologie des patients hypertendus poly-pathologiques traités en médecine générale. Conséquences pour les indicateurs de performance et les recommandations de bonne pratique	
Fiche n° 9	64
Questionnaire sur les conditions d'exercice des médecins du réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale	
Fiche n° 10	65
Rapprochement des données OMG et Sniiram, base de donnée Prospere. Mise en place d'un environnement informatique de production.	

Fiche n° 1.

Préférences des patients pour la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale : une enquête de choix discrets

AXE 1 : - L'analyse du point de vue des usagers

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

doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00698.x

Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method

Nicolas Krucien MSPH,*†‡§ Marc Le Vaillant MS†‡§¶ and Nathalie Pelletier-Fleury MD PhD†‡§¶

*PhD Student in Public Health, Faculté de Médecine Paris-Sud, Le Kremlin-Bicêtre, †Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Unité 988, ‡Statistician, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), UMR 8211, Villejuif, §Researcher in Public Health, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) and ¶Université Paris Descartes, Paris, France

Correspondence

Nicolas Krucien, MSPH
CERMES
CNRS UMR8211 – Inserm U988 –
EHESS
Site CNRS
7, rue Guy Môquet
94801 Villejuif Cedex
France
E-mail: krucien@vjf.cnrs.fr

Accepted for publication
27 April 2011

Keywords: Delphi technique,
doctor–patient relationship, general
practice care, health care reforms,
patients' priorities

Abstract

Context The debate over primary care reform in France, as in most OECD countries, centres on questions about efficacy and accessibility. Do these reforms actually respond to the users' concerns?

Objective The objective of this study was to identify the importance that users attribute to different aspects of general practice (GP) care.

Design The method used was a variant of the classical Delphi approach, called Delphi 'ranking-type'. Between May and September 2009, 74 experts aged over 18 were recruited by 'snowballing' sampling. Three iterative rounds were required to identify the core aspects through a consensus-building approach.

Results It is shown that users attribute a very high importance to the 'doctor patient relationship' dimension. The following aspects 'GP patient information about his/her illness', 'Clarity of communication and explanation', and 'Whether the GP seemed listen to the patient' were evaluated by 96% of the experts as being of high importance. The coordination of GP was also considered as a very important aspect for 85% of the experts. In contrast, the aspects that belong to the organizational dimension appeared to be of relatively low importance for users.

Conclusions Our results support a comprehensive approach of care and argue in favour of care reorganization following the patient-centred model. To promote organizational care reforms through the prism of the doctor patient relationship could thus be a fruitful way to insure a better quality of care and the social acceptability of the reforms.

Health Expectations

TITLE

What are the patients' preferences for the Chronic Care Model? A discrete choice experiment

ABSTRACT

Context: The Chronic Care Model has been developed to improve the quality of medical care delivered by the general practitioner to patients suffering from chronic conditions. Despite an increasing use of this model, it remains unclear to what extent the different recommendations are valued by the patients.

Objective: This study aims to identify the preferences of patients suffering from multiple chronic conditions for recommendations of the Chronic Care Model.

Methods: The patients' preferences were analyzed using the discrete choice experiment approach. This method of preferences elicitation was implemented in 9 choice tasks described with 10 recommendations of the Chronic Care Model (i.e., shared decision making; informational continuity; regular follow-up; planned care; communication; collaboration with a nurse; advices on health habits; patient empowerment; psychological support; coordination). The sample of respondents consisted in 150 patients suffering from at least 2 chronic conditions and they were consecutively recruited in a hospital setting.

Results: The informational continuity of the GP on the patients' situations is highly valued by the patients. At the opposite, the patients seem to not value the collaboration between a nurse and the general practitioner. The extent of the patients' preferences for the recommendations depends on their gender, number of chronic conditions and self-perceived health condition.

Discussion: The informational continuity appeared to be a minimal requirement to satisfy for ensuring a general practice care of high-quality. The significant interactions between the individual and the patients' preferences highlighted the necessity to personalize the delivered services.

Keywords: Discrete choice experiment ; chronic care ; patients preferences ; general practice

Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N.

En 1^{ère} révision pour Health Expectations

Title: Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context

Background: Chronic diseases are major causes of disability worldwide with rising prevalence. Most patients suffering from chronic conditions do not always receive optimal care. The Chronic Care Model (CCM) has been developed to help general practitioners making quality improvements. The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire was increasingly used in several countries to appraise the implementation of the CCM from the patients' perspective. The objective of this study was to adapt the PACIC questionnaire in the French context and to test the validity of this adaptation in a sample of patients suffering from several chronic conditions.

Methods: The PACIC was translated into French language using a forward/backward procedure. The French version was validated using a sample of 150 patients treated for obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) and suffering from multiple chronic comorbidities. Several forms of validity were analyzed: content; face; construct; internal consistency, and predictive validity. The construct validity was investigated with an exploratory principal factors analysis.

Results: The French-version of the PACIC consisted in 18 items, after merging two pairs of items due to redundancy. The high number of items exhibiting floor/ceiling effects and the non-normality of the ratings suggested that a 5-points rating scale was somewhat inappropriate to assess the patients' experience of care. The construct validity of the French-PACIC was verified and resulted in a bi-dimensional structure. Overall this structure showed a high level of internal consistency and in terms of predictive validity, the overall PACIC score appeared to be significantly related to the age and self-reported health of the patients.

Conclusions: A French-version of the PACIC questionnaire is now available to evaluate the patients' experience of care and to monitor the quality improvements realized by the medical structures. This study also pointed out some methodological issues about the PACIC questionnaire, related to the format of the rating scale and to the structure of the questionnaire.

Krucien N.,

Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N.

En 2^{ème} révision pour BMC HSR

RESEARCH ARTICLE

Open Access

British residents' views about general practice care in France – a telephone survey

Nathalie Pelletier-Fleury^{1,2,3*} and Marc Le Vaillant^{1,2,3}

Abstract

Background: Many studies have been published over the past decade on patients' views about the provision of health care. Though there is a high level of migration within the European Union, there are no studies on migrants' views about the provision of care in the country to which they moved. Given the wide spectrum of primary care in Europe, we hypothesised, without prejudging the outcome, that patients' confidence in the system they left, used as a proxy of 'the experience of care', may influence their preferences regarding specific aspects of care in the host country. The objective of the study was to analyse British migrants' views on general practice care in France.

Methods: A telephone survey was conducted with a random sample of the adult population of British people residing in France. Participants were 437 women and 423 men, aged 18 and over, who had consulted a general practitioner at least once during the past 12 months. The main outcome measures were the responses to the 23-item Europep questionnaire evaluating different aspects of general practice care, using a five-point answering scale with the extremes labelled as "poor" and "excellent".

Results: Participants were generally satisfied with the GP care provided. The aspects that were rated the highest were related to the doctor-patient relationship which over 80% of the respondents judged as excellent or very good. Some aspects of the organisation of services received relatively negative evaluations. For instance, "waiting time in the waiting room" was evaluated as excellent or very good by only 40% of the respondents. Twenty seven percent of the respondents were not confident in the National Health Service (NHS) when they were still living in UK. After adjusting for age, sex and number of years of residence in France, the respondents who were not confident in the NHS provided a score of "excellent" significantly more frequently (on 11 out of the 23 aspects of care) than did the patients who were confident in the NHS. Most of these aspects concerned the doctor-patient relationship and information and support during the consultation.

Conclusions: British migrants' views on general practice care in France varied with the degree of confidence they had in the NHS. This finding is in line with the discussion on whether the 'experience of care' influences patient satisfaction. A better understanding of this phenomenon should provide valuable insights to make the services more responsive to the patients.

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

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

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

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

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

Fiche n° 2

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

AXE 1: Etude 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, Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Guillaume Chevillard, Fabien Daniel, Cécile Fournier, Philippe Le Fur, Michel Naïditch, Cécile Vuillermoz
Avec la collaboration de : Pierre-Emmanuel Couralet, Nelly Le Guen, Sandrine Béquignon

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



L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins

Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

Antea Alftis, Yann Bourgueil, Fabien Daniel, Julien Mousquès (coor)
en collaboration avec Pierre-Emmanuel Couralet et Guillaume Chevillard
(Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mesososa, UMR Larcos 7318, CNRS, Inra)

La pratique en groupe monodisciplinaire des médecins généralistes, attractive pour les jeunes, est désormais majoritaire. Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, principalement en direction des maisons, pôles et centres de santé. Dans ce cadre, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de ces structures ont été mises en œuvre en 2010. Il s'agit de financer l'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins, de proposer de nouveaux services aux patients et de développer la coopération interprofessionnelle.

À partir de l'observation des sites concernés dans l'observatoire des recompositions de l'offre de soins ou participant aux ENMR, cet article présente les objectifs et la méthode générale d'une évaluation de ces formes de regroupement, dont la connaissance reste encore partielle. Deux questions principales sont posées : l'exercice collectif interprofessionnel permet-il de réaliser une offre de soins dans les zones moins bien dotées, l'est-il plus performant en termes d'activité et de productivité, de concertation et de qualité des soins ?

Premier volet de cadrage méthodologique, ce *Questionnaire d'économie de la santé* inaugure une série de publications de résultats.

Depuis une dizaine d'années, l'organisation des soins de premiers recours en France se transforme au travers de trois leviers principaux : d'une part, en 2004, l'inscription des patients auprès d'un médecin traitant, coordinateur du parcours de soins, qui a renforcé la préférence des patients pour le médecin généraliste ; d'autre part, une délimitation du périmètre de l'offre de soins de premiers recours permise par la loi Hôpital, patients, soins et territoires (HST, 2009), qui a

dédié à l'évolution des territoires de proximité ; enfin, le développement d'une politique de soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, principalement vers les formes denses de soins et plus denses, ou plus anciennes, de soins de santé (Gardier et Thomas, 2009 ; Julhaert et al., 2010).

Avec 14 % de médecins généralistes exerçant en groupe en 2009 (Gardier et al., 2010), contre 43 % en 2003, la pra-

tique collective est désormais majoritaire. Elle est en outre plus un tiers de celle de 40 ans qui déclarent être liés au site de soins en groupe, notamment en raison du meilleur accès aux soins professionnels et via personnel (Bourgueil et al., 2009 ; Bourgueil et al., 2007). Le regroupement est cependant moins développé en soins pluriprofessionnels en France que dans d'autres pays (Bourgueil et al., 2009) ; la taille de

© Association PROSPERE

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 traitées 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 meilleure 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 nécessaire 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 sociologique 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 favorisaient 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 dénommé « 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, efficience), 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 – puisque qu'ils favorisent de meilleures conditions de travail ainsi 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 efficience (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 complémentaires du paiement à l'acte, en échange d'une contrepartie en termes de qualité et d'efficience. 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 efficience 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.

Une 1ère vague d'expérimentations est entrée dans sa phase opérationnelle le 1er janvier 2010, elle concerne plus de quarante sites répartis dans 6 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 2nde vague d'expérimentations est opérationnelle depuis le 1er janvier 2010, dans l'ensemble des régions françaises, et les dernières inclusions ont eu lieu en juillet 2011.

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....).

Un témoin national, 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) est en cours de constitution. Les informations sur les généralistes et les patients collectées aujourd'hui dans ces deux échantillons en routine sont complétées d'informations sur la nature de leur exercice professionnel (groupe, solo...) sur la base d'une enquête qui a démarré en décembre 2010 pour se terminer en octobre 2011. La prochaine étape consistera à apparier ces données 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 3 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.

RÉSULTATS

Sur la base de la première extraction de données pour les sites expérimentateurs de 1ère vague, pour les années 2008-2009, nous observons: une implantation géographique dans une grande variété d'espaces, plutôt déficitaires, mais pas uniquement, des caractéristiques des patientèles variables (ex. CDS files actives plus faibles, moins âgées mais plus CMU, et qu'un nombre important de sites atteint des performances en termes de qualité des pratiques ou d'efficience de prescription supérieure à celles des MG témoins.

ETAT D'AVANCEMENT

La première année 2009-2010 a été consacrée à l'élaboration d'un protocole d'évaluation détaillé et à la réalisation des démarches réglementaires.

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).

Une seconde extraction des données de l'Assurance maladie est en cours de réalisation : pour l'année 2010 pour les sites de la première vague d'inclusion et leurs témoins ; pour les années 2009 et 2010 pour les sites et leurs témoins de la seconde vague.

Les terrains d'enquête spécifiques auprès des ARS et des sites expérimentateurs et témoins ont débuté depuis octobre 2010 et se poursuivront jusqu'en novembre 2011, puis seront renouvelés une fois par an.

VALORISATION

Publications

Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? *RFAS*, n°2, 2011,

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

Communications

Mousquès J. Small is Beautiful or Bigger is Better? An Assessment of French Experiment of a New Mechanism of Remuneration for Multidisciplinary Group Practices in Primary Care. 10th journées Louis-André Gérard-Varet, Institut d'économie publique, Idep, Marseille, 20-22 juin 2011

Mousquès J. Afrite A, Bourgueil Y, Couralet P.E. Small Is Beautiful or Bigger Is Better? An assessment of French Experiment of New Mechanism of Remuneration for Multidisciplinary Group Practices in Primary Care, 8th World Congress (IHEA), Toronto, Canada, 10-13 juillet 2011

Chevillard G. Analyse exploratoire de l'implantation de maisons de santé : dynamiques territoriales et accessibilité aux soins en Bourgogne. Soutenance de Mémoire Master 2 Recherche - Environnement, Santé, Territoires, Nanterre, 17 juin 2011.

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° 3

Dynamiques territoriales et accessibilité aux soins de premiers recours -Etude de l'implantation des maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en France métropolitaine

AXE 1 : 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.

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

Any reproduction is prohibited but
direct links to the document are allowed:

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

IRD**ES**

Document de travail
Working paper

Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France

Guillaume Chevillard (Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218 CNRS ; Irdes, Prospere)

Julien Mousquès (Irdes, Prospere)

Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes)

Yann Bourgueil (Irdes, Prospere)

Stéphane Rican (Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218 CNRS)

Gérard Salem (Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218 CNRS)

DT n° 57

Novembre 2013

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Irdes - 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris - Tél. : 01 53 93 43 00 - Fax : 01 53 93 43 50 - www.irdes.fr

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :
<http://www.inra.fr/mehmeda/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>

Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux

Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Guillaume Chevillard^{a,b}, Julien Mousquès^c, Véronique Lucas-Gabrielli^d, Yann Bourguet^e
en collaboration avec Stéphane Rican^a

^a Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques, UMR Lavoisier 7218 CNRS

^b Irdes

^c Prospera

Les maisons de santé sont-elles implantées dans des espaces où l'offre de soins est fragile et les besoins importants ? Le développement de ces structures a-t-il eu un effet sur l'évolution de la densité de médecins généralistes ? Ce deuxième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) traite ces deux questions concernant les maisons de santé recensées par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins. Il s'appuie sur deux typologies caractérisant les situations socio-économiques et sanitaires des espaces français, l'une sur des espaces à dominante rurale, l'autre sur des espaces à dominante urbaine. À partir des classes de bassins de vie et de pseudo-cantons ainsi définies, les densités de médecins généralistes y exerçant sont comparées sur deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2011, selon que ces espaces abritent ou non une maison de santé.

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons et pôles de santé. Dans le précédent *Questions d'économie de la santé*, consacré au sujet, ont été présentés les objectifs et la méthode de l'évaluation de l'impact du regroupement pluriprofessionnel à travers les sites recensés dans l'Observatoire des recom-

positions de l'offre de soins ou participant aux expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) (Afitte *et al.*, 2013). Ce deuxième volet de la série de résultats sur l'évaluation (Chevillard *et al.*, 2013) apporte une information sur la répartition géographique de l'ensemble des maisons de santé et leur lien avec les caractéristiques socio-économiques et sanitaires des espaces où elles sont situées (Représ p. 2). Cette étude vise aussi à faire émer-

ger les premières tendances d'évolution de l'offre de médecins généralistes consécutive au développement des maisons et pôles de santé.

Deux questions principales sont traitées : les maisons de santé sont-elles implantées dans des espaces où l'offre de soins est fragile et les besoins importants ? Le

^e Auteur correspondant : chevillard@irdes.fr

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRDES

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

RESPONSABLE et EQUIPE : Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Yann Bourguet, Stéphane Rican, Gérard Salem.

OBJECTIF / CONTENU

Les stratégies d'implantation des médecins soulignent l'importance des agencements territoriaux et des structurations socio-spatiales dans la distribution de l'offre médicale. L'implantation des médecins n'est pas que le fruit de stratégies individuelles mais s'ancre dans une trame territoriale qu'elle contribue à modeler. Les ressources économiques, sociales ou culturelles (emploi, écoles, infrastructures sanitaires ...) de chaque territoire, les multiples sectorisations administratives et sanitaires (communes, cantons, départements, régions, territoires de santé ...) et les conflits d'intérêt qui en découlent, les stratégies de développement territorial, les pratiques territoriales de la population sont autant de facteurs qui participent à l'implantation des médecins. En retour la

disponibilité médicale contribue au développement et à l'organisation d'un territoire. Il s'agit alors de s'interroger sur les relations réciproques entre organisation de l'offre de soins et dynamiques territoriales.

Les maisons de santé sont un objet de recherche pertinent pour analyser les dynamiques de l'offre de soins au sein des dynamiques territoriales. La question de leur implantation, des différents objectifs du projet, des acteurs concernés et des recompositions qu'elles entraînent recoupe aussi celles de dynamiques territoriales. Par ailleurs, aucune étude n'a été réalisée sur la nature des impacts possibles des MSP, et sur la manière dont celles-ci pourraient influencer l'accessibilité aux soins.

Cette recherche a pour but de généraliser une étude exploratoire menée sur cinq maisons de santé en Bourgogne et effectuée dans le cadre d'une recherche de master 2 à l'Irdes. Elle s'intègre plus généralement dans les travaux de l'Irdes au sein de l'équipe Prospere (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premier recours) sur l'évaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) des professionnels de santé. Cette évaluation ayant entre autres pour objectif d'analyser l'impact du développement des structures d'exercices regroupés sur l'activité des professionnels de santé. Elle concerne donc les maisons de santé, mais aussi les pôles et centres de santé.

L'Irdes dispose d'un certain nombre de données exploitables sur les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles et centres de santé dans le cadre du projet ENMR.

Le contexte territorial des MSP et des zones non dotées sera étudié grâce à des données de l'Insee. L'historique des projets sera étudié au travers des dossiers Fiqcs des structures.

L'évolution des flux de patients sera étudiée avec les données de la Cnamts.

Les données sur l'état de santé de la population (morbidité, espérance de vie) proviendront du CépidC-Inserm.

Cette recherche s'effectue dans le cadre d'une thèse bénéficiant d'un financement de la part du ministère de l'enseignement et de la recherche (contrat doctoral). Elle fait l'objet d'un partenariat entre le laboratoire Espace santé et territoire de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense et l'Irdes.

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

RESPONSABLE et EQUIPE: Cécile 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 des arguments nombreux et convergents soulignent l'importance de développer ces pratiques préventives et éducatives en médecine générale, et d'en améliorer la qualité. Ces arguments renvoient à des objectifs variés, 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 cette convergence, 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'approches 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 simultanément ou successivement plusieurs types de méthodes qualitatives et d'observation, afin de coupler des approches de niveau macro et micro, et envisageons si nécessaire de compléter sur certains aspects la démarche qualitative par une approche quantitative ciblée.

Une première série d'investigations 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 inscrits dans l'expérimentation de nouvelles modalités de rémunération (ENMR)* 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

Cette recherche constitue l'un des principaux axes de travail développés dans le cadre d'une thèse de santé publique / sociologie en cours, initiée en 2010-2011 sous la direction de Martine Bungener, à l'école doctorale ED420 de Paris 11 (Jean Bouyer).

Elle s'inscrit dans un projet plus large (y associant en particulier le suivi longitudinal du développement d'un pôle de santé pluridisciplinaire) porté par le Cermes, et bénéficie d'une subvention de l'Inpes sur 33 mois, du 1^{er} octobre 2011 au 31 juin 2014.

CALENDRIER PREVISIONNEL

Début du travail sur terrain dans les structures participant aux expérimentations de nouvelles modalités de rémunération à partir de novembre 2011 (terrain de 24 mois).

- octobre 2011 : sélection définitive des lieux d'enquête (2 maisons de santé pluridisciplinaires et un centre de santé)
- 1^{er} novembre 2011 au 31 octobre 2012 :
 - * enquête de terrain dans les 3 lieux
 - * analyse inductive des données
- 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2013 : investigations (qualitatives +/- quantitatives) ;
- 1^{er} novembre 2013 au 31 juin 2014 : rédaction du rapport, rédaction d'articles, présentations en colloques.

Fiche n° 5

Des analyses sur les incitations des offreurs

AXE 1- Les incitations des offreurs

RESPONSABLE ET EQUIPE: Carine Franc ; Marc Le Vaillant ; Charles Burdet (Stage d'interne, Master 2 R Paris 11, oct 2010 Mai 2011), Jonathan Sicsic (Stage 3^e année Ensai, mai 2011 - déc 2011, chargé d'étude 2012 et 2013), Magali Dumontet (Master 2, Paris Dauphine)

Enquête auprès des Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées (Mars –Août 2010)

Entre mars et août 2010, en collaboration avec l'URML de Midi-Pyrénées, nous avons mené une enquête auprès de l'ensemble des MG en activité dans la région (soit environ 3000 MG). Le budget de l'enquête prévoyait la rémunération des 500 premiers médecins répondants³⁵. Une lettre de relance a été envoyée à tous les médecins quinze jours après l'envoi du questionnaire. Nous avons clos la période d'inclusion après 10 semaines de collecte : sur les 500 questionnaires attendus, nous avons ainsi collecté 438 questionnaires dont 423 exploitables.

Afin de mieux comprendre les difficultés, les atouts et les attentes des médecins généralistes au regard des différents modes d'installation, de leur rémunération et des besoins de leurs patients, mais aussi selon leur âge, leur expérience, leur localisation géographique, etc., nous avons construit un questionnaire à 4 volets : « *Organisation de votre pratique* » (nature de l'exercice, mode d'organisation, secteur d'activité, participation à la permanence des soins, etc.), « *contenu de votre pratique et votre patientèle* » (diversité du contenu et de l'intensité des activités médicales et des autres activités professionnelles comme coordination, participation à des réseaux, enseignements, etc.), « *vos satisfactions et vos contraintes* » (satisfaction de son activité, de sa rémunération, de son rapport à sa patientèle, des contraintes de sa pratique), « *quelques questions sur vous* » (âge, sexe, installation, EPP, etc.).

L'échantillon de MG constitué par l'enquête est représentatif des médecins de la région en termes d'âge (52,1 vs 50,1 pour la région), 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 déclarés, 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).

1 - Existe-t-il des profils-type de MG ? Un essai de typologie en Midi-Pyrénées³⁶

La diversification récente des modes d'organisation de soins atteste de choix individuels d'exercice différents (groupe vs solo vs maison de santé, les relations « contractuelles » et la réalité des incitations économiques sont tout aussi diverses. De plus, les médecins semblent décrire des attentes nouvelles (Aulagnier *et al.*, 2007 ; Le Fur *et al.*, 2009 ; Baudier *et al.*, 2010) et outre le mode d'organisation, d'autres facteurs influencent le contenu et l'intensité de l'activité des médecins généralistes et donc son revenu. L'objectif de cette première exploitation des données était de construire une typologie³⁷ pour étudier d'éventuels profils type de MG, en considérant les

³⁵ La gestion du terrain, l'annonce de l'enquête par courrier postal, l'anonymisation des questionnaires, la lettre de relance postale et surtout la rémunération (1,5 consultation, 33€) des médecins répondants ont été assurées sur place par l'URML.

³⁶ Ce travail a constitué le sujet de mémoire de master 2 Recherche en Santé Publique, parcours économie de la santé de Paris 11, Juillet 2011 de Charles Burdet, interne de santé Publique, encadré par Carine Franc.

³⁷ A partir d'une classification hiérarchique ascendante menée à partir des résultats d'une ACM

contraintes, spécificités et nouvelles aspirations des MG. La typologie construite décrit 4 profils structurés autour des choix du mode d'organisation et du choix de l'activité³⁸.

- Un premier profil (plus du quart des médecins), rassemble les MG qui déclarent avoir une pratique plutôt solitaire et intense tout au long de l'année : ces médecins exercent sans mode d'exercice particulier ou spécialité, en cabinet solo et sans rendez-vous ; ils sont plus fréquemment des hommes, plus âgés que la moyenne avec une patientèle plus âgée et ont un chiffre d'affaire pour 2008 plutôt dans le 2^{ième} quartile voire dans le 4^{ième} ; ils se sentent moins humainement gratifiés et déclarent éprouver plus souvent un sentiment de *burnout*.
- Un deuxième profil (un cinquième des médecins) rassemble les MG en solo et plutôt isolés professionnellement, exerçant une activité spécialisée pour plus du tiers de leur activité. Ils reçoivent sur rendez-vous des patients principalement adultes (15 à 69 ans) et ont des journées et semaines de travail plus courtes. Plutôt plus fréquemment des femmes (vs l'ensemble), ils sont principalement installés en ville et plus souvent en secteur 2.
- Un troisième profil (38%), rassemble les MG qui exercent en groupe, échangent avec les autres professionnels de santé, participent à la formation des jeunes, à la permanence des soins et ont des journées de travail très longues compensées par des semaines courtes et de plus longs congés en moyenne. Ces MG sont surtout des médecins plus jeunes, plus satisfaits se sentant plus gratifiés et déclarant moins ressentir du *burnout*. Le chiffre d'affaire est supérieur à la médiane.
- Le quatrième profil regroupe principalement des médecins qui ont choisi de ne pas répondre à un certain nombre de questions.

2 – Perception de « burnout » chez les MG : le rôle protecteur de certains modes d'organisation et de caractéristiques de la pratique médicale³⁹

En France, la médecine générale est en crise malgré des réformes récentes. Le désintérêt des jeunes médecins persiste et le syndrome du *burnout* augmente fortement chez les médecins généralistes (MGs). L'objectif est d'identifier des caractéristiques de la pratique médicale et de son organisation susceptibles de jouer un rôle protecteur contre le sentiment de *burnout* perçu. Les MG ont directement reporté, via le questionnaire, la fréquence du sentiment de *burnout* perçu ; des statistiques descriptives et des régressions logistiques permettent d'expliquer la probabilité pour le MG de déclarer ressentir souvent un sentiment de *burnout* selon des variables originales (structure - groupe/solo, activité spécialisée/diversifiée, patients, revenu, etc.) en sus des variables classiques (intensité, sexe, âge). Ainsi, 22,9 % des MG ont déclaré souvent ressentir du *burnout* : ce sentiment est fortement lié à la santé perçue ($p < 0,0001$), négativement corrélé avec la satisfaction professionnelle et le sentiment de gratification humaine liée à la profession ($p < 0,0001$) et positivement avec une activité intense ($p < 0,0065$) et l'envie de changer de lieu d'installation ($p < 0,0001$), de statut ($p < 0,0002$) et de structure ($p < 0,0005$). Le modèle montre que ni l'âge, le sexe, le revenu, ni même la satisfaction vis-à-vis du revenu ne semblent jouer sur la probabilité de déclarer du *burnout*. En revanche, déclarer une activité intense en termes de nombre d'heures travaillées par journée travaillée⁴⁰ ou avoir envie de changer de lieu d'installation augmente significativement la

³⁸ Les variables structurantes de la typologie sont caractéristiques des patients (CMU, + de 70 ans, - de 15ans), intensité de travail (durée de la journée et de la semaine de travail, des congés), organisation du travail (Rdv, groupe, informatisation, activité spécialisée), formation (EPP, enseignement) et échanges (réseau, échanges MG, Spé).

³⁹ Présentation orale au congrès de la Société Française de Santé Publique, SFSP Lille 2011 et poster à l'European Public Health Association, EUPHA Copenhague 2011.

⁴⁰ Et ce, indépendamment du nombre de demi-journées travaillées par semaine.

probabilité de déclarer ressentir souvent un sentiment de *burnout*. A l'inverse, ce travail permet d'identifier des caractéristiques protectrices originales par rapport à littérature : l'exercice de groupe, des échanges fréquents avec des spécialistes, la satisfaction professionnelle et le sentiment de gratification humaine ainsi que la pratique partielle d'une spécialité, c'est-à-dire occupant moins de 30% du temps global d'activité.

A l'heure du paiement à la performance, on peut craindre que, même si le revenu des MG augmente, ce système ne constitue pas une réponse au *burnout*. Peut-être des incitations non monétaires devraient, à l'inverse, être privilégiées?

3 – Construction d'un indicateur des motivations intrinsèques des MG et test d'hypothèses motivations intrinsèques versus motivations extrinsèques.



Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners

Jonathan Sicsic, Marc Le Vaillant, Carine Franc*

CERMES3, UMR821 I, Inserm U988, Site CNRS, 7, rue Guy Moquet, 94801 Villejuif Cedex, France

ARTICLE INFO

Article history:

Received 3 February 2012

Received in revised form 23 August 2012

Accepted 25 August 2012

JEL classification:

I18

Keywords:

General practitioners

Intrinsic motivation

Extrinsic motivation

Payment for performance

Multiple correspondence analysis

Multilevel analysis

ABSTRACT

Background: Like many other OECD nations, France has implemented a pay-for-performance (P4P) model in primary care. However, the benefits have been debated, particularly regarding the possibly undesirable effects of extrinsic motivation (EM) on intrinsic motivation (IM).

Objective: To examine the relationship between French GPs' IM and EM based on an intrinsic motivation composite score (IMCS) developed for this purpose. If a negative relationship is found, P4P schemes could have side effects on GPs' IM that is a key determinant of quality of care.

Method: From data on 423 GPs practicing in a region of France, IM indicators are selected using a multiple correspondence analysis and aggregated from a multilevel model.

Results: Several doctors' characteristics have significant impacts on IMCS variability, especially group practice and salaried practice. Qualitative EM variables are negatively correlated with the IMCS: GPs who report not being satisfied with their income or feeling "often" constrained by patients' requests in terms of consultations length and office appointments obtain a lower mean IMCS than other GPs.

Conclusion: Our results provide a cautionary message to regulators who should take into account the potential side effects of increasing EM through policies such as P4P.

© 2012 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Building a composite score of general practitioners' intrinsic motivation: a comparison of methods

J. Sicsic, M. Le Vaillant, C. Franc

Abstract

Objective. Pay-for-performance programs have been widely implemented in primary care, but few studies have investigated their potential adverse effects on the intrinsic motivation of general practitioners (GPs) even though intrinsic motivation may be a key determinant of quality in health care. Our aim was to compare methods for developing a composite score of GPs' intrinsic motivation and to select one that is most consistent with self-reported.

Study design. A postal survey.

Setting. French GPs practicing in private practice.

Main Measures. Using a set of variables selected to characterize the dimensions of intrinsic motivation, three alternative composite scores were calculated based on a multiple correspondence analysis (MCA), a confirmatory factor analysis (CFA) and a two-parameter logistic model (2-PLM). Weighted Kappa coefficients were used to evaluate variation in GPs' ranks according to each method.

Results. The three methods produced similar results on both the estimation of the indicators' weights and the order of GP rank lists. All weighted Kappa coefficients were greater than 0.80. The CFA and 2-PLM produced the most similar results.

Conclusions. There was little difference regarding the three methods' results, validating our measure of GPs' intrinsic motivation. The 2-PLM appeared theoretically and empirically more robust for establishing the intrinsic motivation score.

à paraître dans International journal for Health Care

4 – Inégalités de revenus entre les hommes et les femmes MG : discrimination ou pratiques médicales différenciées ?

RESEARCH ARTICLE

Open Access

What determines the income gap between French male and female GPs - the role of medical practices

Magali Dumontet^{1,2}, Marc Le Vaillant¹ and Carine Franc^{1*}

Abstract

Background: In many OECD countries, the gender differences in physicians' pay favour male doctors. Due to the feminisation of the doctor profession, it is essential to measure this income gap in the French context of Fee-for-service payment (FFS) and then to precisely identify its determinants. The objective of this study is to measure and analyse the 2008 income gap between males and females general practitioners (GPs). This paper focuses on the role of gender medical practices differentials among GPs working in private practice in the southwest region of France.

Methods: Using data from 339 private-practice GPs, we measured an average gender income gap of approximately 26% in favour of men. Using the decomposition method, we examined the factors that could explain gender disparities in income.

Results: The analysis showed that 73% of the income gap can be explained by the average differences in doctors' characteristics; for example, 61% of the gender income gap is explained by the gender differences in workload, i.e., number of consultations and visits, which is on average significantly lower for female GPs than for male GPs. Furthermore, the decomposition method allowed us to highlight the differences in the marginal returns of doctors' characteristics and variables contributing to income, such as GP workload; we found that female GPs have a higher marginal return in terms of earnings when performing an additional medical service.

Conclusions: The findings of this study help to understand the determinants of the income gap between male and female GPs. Even though workload is clearly an essential determinant of income, FFS does not reduce the gender income gap, and there is an imperfect relationship between the provision of medical services and income. In the context of feminisation, it appears that female GPs receive a lower income but attain higher marginal returns when performing an additional consultation.

Keywords: Family doctors, General practitioners, Income, Gender differences, Oaxaca-ransom decomposition

.....
European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 1, 61-66

© The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
 doi:10.1093/eurpub/ckr177 Advance Access published on 4 January 2012

Variation in HbA1c prescription for patients with diabetes in French general practice: an observational study prior to the implementation of a P4P programme

Nicolas Chauvel¹, Marc Le Vaillant^{2,3,4}, Nathalie Pelletier-Fleury^{2,3,4}

1 Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Rennes, France

2 INSERM U988, CNRS UMR 8211, Villejuif, France

3 EHESS, Paris, France

4 Université Paris-Descartes, Paris, France

Correspondence: Dr Nicolas Chauvel, Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Rennes 1, 2 av Pr. Léon Bernard, CS 34317, 35043 Rennes Cedex, France, tel: +33(2) 23 23 49 93, fax: +33(2) 23 23 49 75, e-mail: nicolaschauvel35@gmail.com

Background: Prior to a large diffusion of a pay-for-performance programme (P4P) in primary care in France, it seemed of particular interest to identify, the doctors not performing optimally who could be the main target of this programme. Based on the example of HbA1c prescription for patients with diabetes, this study examined the impact of general practitioner's (GPs) characteristics on the variation of a P4P indicator for diabetes care, i.e. the percentage of patients undergoing three or four HbA1c tests during one year. **Methods:** We used a large database from the national health insurance fund for salaried workers in Brittany to select a cohort of patients with diabetes who had been attended to by their doctors for 1 year. In all, 2545 GPs attending to 41 453 patients with diabetes were included. A two-level hierarchical logistic model was used to analyse the data. **Results:** Thirty-six per cent (SD = 22.3) of patients with diabetes underwent three or four HbA1c tests during the year (the target objective was 65% in a patient list). There was a large variability between GPs, even after adjusting for patient characteristics. Doctors who were female, young, working in a group practice, participating in quality-control groups, and who had a lower patient load prescribed the three or four recommended tests more often. **Discussion:** The results indicate a target group of doctors which require attention. There is still room to improve the quality of care for patients with diabetes in general practice, notably by encouraging doctors to train better and practice in groups.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Armour B., Pitts M., Maclean R., Cangialose C., Kishel M., Imai H., Etchason J. (2001). The effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior. *Arch Inter Med.*; 161: 1261 – 1266
- [2] Attal-Toubert K., Legendre N. (2007). « 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.
- [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] Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Irdes Questions d'Economie de la Santé* n° 157. Sept 2010.
- [5] Beaute. 2007. « Baromètre des pratiques en médecine libérale : résultats de l'enquête 2006 ». *Document de travail* de l'Irdes, n°5.

- [6] Bellamy V (2010) : « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 ». *Etudes et Résultats*, Drees juillet 2010 ; n°735.
- [7] Delattre E. et Dormont B. 2000, « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Un test microéconométrique sur données de panel », *Economie et Prévision*.
- [8] Déplaudé 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] Downing A., Rudge G., Cheng Y., Tu Y.K., Keen J., Gilthorpe M.S. "Do the UK government's new Quality and outcomes framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross sectional survey of routine healthcare data. *BMC health service research* 2007,7 : 166
- [11] Gravelle H., Sutton M., Ma A. « Doctor Behaviour Under Pay-for-Performance Contract: Evidence from the Quality and Outcomes Framework". CHE Research Paper 28. May 2007.
- [12] 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
- [13] Le Fur P, Bourgueil Y., Cases C. (2009). « Le temps de travail des médecins généralistes - une synthèse des données disponibles ». *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes, n°144. 2009.
- [14] Mannion R, Davies H T O (2008) : Analysis : « P4P in health Care ». *BMJ* 2008; 336.
- [15] 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
- [16] Videau Y, Batifoulier P, Arriighi Y, Gadreau M, Ventelou B (2010) : Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2010 (11 pages).

Fiche n° 6

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 REFERENCE : 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

HYPOTHÈSE 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.

MÉTHODE

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.

Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?

Revue de littérature

Yann Bourguell (Irdes ; Prospere), Florence Jusot (Université de Rouen ; Irdes ; Leda-Legos),
Henri Leleu (Irdes) et le groupe AIR Project

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, nous présentons une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

D'importantes inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé entre groupes sociaux, existent dans l'ensemble des pays européens (Mackenbach *et al.*, 2008 ; van Doorslaer *et al.*, 2004). À la suite notamment d'un rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008), ces inégalités ont été reconnues comme un problème de santé publique majeur. La réduction des inégalités sociales de santé est ainsi un objectif affiché dans de nombreux pays européens (Jusot, 2010), y compris en France où cette question a été mise à l'agenda politique à la suite d'un rap-

port du Haut Conseil de santé publique (HCSP, 2009).

La mise en place d'une telle politique nécessite de définir les leviers d'action possibles. Deux projets européens, DETERMINE (Needle, 2008) et EUROTHINE (Erasmus, 2008), ont analysé les actions portant sur les déterminants sociaux de la santé et recommandent la mise en place d'interventions visant à améliorer l'accès à l'éducation, les conditions de travail et de logement, et plus généralement, à réduire les inégalités de revenu (Hambra *et al.*, 2010). Le projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions)

propose, quant à lui, d'étudier la possibilité de réduire les inégalités de santé au travers de politiques et d'actions mises en œuvre au sein du système de soins, et plus particulièrement dans le secteur des soins primaires. Dans le cadre de ce projet, une revue de littérature a été réalisée afin d'identifier les interventions menées dans ce secteur, et qui ont montré leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, de consommation de soins ou de comportements liés à la santé. Après un rappel des principaux arguments justifiant la mise en place d'interventions dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé, nous pré-

Fiche n° 7

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

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

RESPONSABLE ET EQUIPE : Olivier Saint Lary, Michel Naiditch

Law, ethics and medicine

PAPER

Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France

Olivier Saint-Lary,^{1,3} Isabelle Plu,² Michel Naiditch³

¹Médecine Générale, UVSQ, Guyancourt, France
²Médecine Légale, Paris Descartes, Paris, France
³Prosperie, RDES, Paris, France

Correspondence to
Dr Olivier Saint-Lary, Médecine Générale, UVSQ, 9 bd d'Alambert, Guyancourt 78280, France;
diversaintlary@hotmail.com

Received 3 August 2011
Revised 16 February 2012
Accepted 23 February 2012

ABSTRACT

Context In France, a new payment for performance (P4P) scheme for primary care physicians was introduced in 2009 through the 'Contract for Improving Individual Practice' programme. Its objective was to reduce healthcare expenditures while enhancing improvement in guidelines' observance. Nevertheless, in all countries where the scheme was implemented, it raised several concerns in the domain of professional ethics.

Objective To draw out in France the ethical tensions arising in the general practitioner's (GP) profession linked to the introduction of P4P.

Method Qualitative research using two focus groups: first one with a sample of GPs who joined P4P and second one with those who did not. All collective interviews were recorded and fully transcribed. An inductive analysis of thematic content with construction of categories was conducted. All the data were triangulated.

Results All participants agreed that conflicts of interest were a real issue, leading to the resurgence of doctor's dirigisme, which could be detrimental for patient's autonomy. GPs who did not join P4P believed that the scheme would lead to patient's selection while those who joined P4P did not. The level of the maximal bonus of the P4P was considered low by all GPs. This was considered as an offense by non participating GPs, whereas for participating ones, this low level minimised the risk of patient's selection.

Conclusion This work identified several areas of ethical tension, some being different from those previously described in other countries. The authors discuss the potential impact of institutional contexts and variability of implementation processes on shaping these differences.

The CNAMTS's main objective was, just as that of the QDF, to improve the quality of care. But the context in which each scheme was introduced was highly contrasted: the National Health Service (NHS) agreed to pay the price of practice bonuses linked to the new P4P scheme, which represents only an element of the overall cost of the new GMS contract for general practitioners (GPs). The overall cost was £8 billion in the first 3 years.³ The NHS counts upon other instruments for cost containment.⁴ In contrast, although the French NHIF that designed the CAPI programme is supposed to deal with all ambulatory health costs, the way the CAPI scheme was designed shows that the 'quality objective' was expected to be reached in (at least) a cost neutral way. Indeed, the NHIF expected a zero implementation cost (which it almost achieved) on the premise that savings, arising mostly from an increase in 'generic prescriptions', would cover the bonus costs⁵ while improvement in preventive care through better screening and greater use of guidelines would entail a better overall performance. But an indirect expected cost saving effect was that these bonuses contributed to stopping French physicians' pressure on service prices. Indeed, contrary to GPs in the UK, who are mostly paid through capitation, the largest part of French GPs' revenues comes from fees-for-services (FFS), which raises some ethical issues such as 'induced demand'.^{6,7}

The CAPI programme is based on a group of 16 practice indicators (box 1). A GP's bonus payment results from a formula mixing the level of achievement and of improvements in practice performance from 1 year to the next. The maximum amount that can be earned in a year is

Why Did Most French GPs Choose Not to Join the Voluntary National Pay-for-Performance Program?

Olivier Saint-Lary^{1,5*}, Erik Bernard^{2,5}, Jonathan Sicsic^{3,5}, Isabelle Plu⁴, Irène François-Purcell⁴, Carine Franc^{3,5}

1 University Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Department of Family Medicine, Montigny le Bretonneux, France, **2** University Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Department of Family Medicine, Montigny le Bretonneux, France, **3** CERME3 - UMR 8211 - INSERM U988, Villejuif, France, **4** Forensic Medicine University Paris Descartes, Paris, France, **5** Prospere Team Research, Paris, France

Abstract

Background: In 2009, a voluntary pay for performance (P4P) scheme for primary care physicians was introduced in France through the 'Contract for Improving Individual Practice' (CAPI). Although the contract could be interrupted at any time and without any penalty, two thirds of French general practitioners chose not to participate. We studied what factors motivated general practitioners not to subscribe to the P4P contract, and particularly their perception of the ethical risks that may be associated with adhering to a CAPI.

Method: A cross sectional survey among French general practitioners using an online questionnaire based on focus group discussion results. Descriptive and multivariate statistical analyses with logistic regression.

Results: A sample of 1,016 respondents, representative of French GPs. The variables that were associated with the probability of not signing a CAPI were "discomfort that patients were not informed of the signing of a P4P contract by their doctors" (OR 8.24, 95% CI 4.61-14.71), "the risk of conflicts of interest" (OR 4.50, 95% CI 2.42-8.35), "perceptions by patients that doctors may risk breaching professional ethics" (OR 4.35, 95% CI 2.43-7.80) and "the risk of excluding the poorest patients" (OR 2.66, 95% CI 1.53-4.63).

Conclusion: The perception of ethical risks associated with P4P may have hampered its success. Although the CAPI was extended to all GPs in 2012, our results question the relevance of the program itself by shedding light on potential adverse effects.

Citation: Saint-Lary O, Bernard E, Sicsic J, Plu I, François-Purcell I, et al. (2013) Why Did Most French GPs Choose Not to Join the Voluntary National Pay-for-Performance Program? PLOS ONE 8(9): e72684. doi:10.1371/journal.pone.0072684

Editor: James LaGerda, University of Washington, United States of America

Received: January 1, 2013; Accepted: July 17, 2013; Published: September 9, 2013

Copyright: © 2013 Saint-Lary et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: No current external funding sources were specifically allowed for this study. The whole research team, "Prospere," received for the year 2011/2012 funding of 350,000 euros from the IRESP foundation (Institut de recherche en santé publique) which is a national French public research institute. Four of the six authors are part of the Prospere team. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: oliviersaint-lary@uvsq.fr

VALO

RISATION1/ PARTIE QUALITATIVE :

Présentations orales :

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)

Présentation au congrès EQUIP à Copenhague en 2011 : Introduction of P4P in France.

Présentation d'un poster au congrès de l'EGPRN (European General Practice Research Network) à Nice en juin 2011 : Ethical issues raised by the introduction of P4P in France.

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

2/ PARTIE QUANTITATIVE :

Validation Master 2 « recherche en éthique médicale » Paris V (note 16/20, rang 1)

Direction d'une thèse de médecine en cours sur l'analyse des réponses aux questions ouvertes, soutenance prévue en 2012.

Fiche n° 8

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

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

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

HYPOTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE

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 « 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 risque 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 et 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. A cette fin, il sera nécessaire 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 :

- d'identifier les indicateurs de performance pertinents dans ce contexte,
- de mesurer l'écart entre la performance réelle des médecins de l'OMG mesurée sur la base de ces indicateurs et la performance attendue,
- de proposer une analyse critique des recommandations en situation de poly pathologie.

MÉTHODE

L'étude sera décomposée en trois phases.

La phase I concernera la construction d'une typologie (ACM et CAH) de patients hypertendus poly-pathologiques à partir d'un échantillon (échantillon d'étude) issu des données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG). La typologie des patients sera validée sur un échantillon témoin de patients de l'OMG par une analyse de variance entre les deux échantillons.

En parallèle, la phase II consistera en une revue de la littérature internationale portant sur les indicateurs de performance utilisables en France dans le cadre de l'HTA, de l'hyperlipidémie et du diabète type II. Pour le groupe attendu (cf. Polychrome) des patients « hypertendus, hyperlipidémiques et diabétiques », les indicateurs de performance issus de la littérature (HTA - déjà réalisé - hyperlipidémie, diabète de type 2) seront calculés à partir des données de l'échantillon d'étude et comparés aux objectifs cibles.

La phase III concernera la construction d'une typologie des médicaments associés à cette typologie de patients cardiovasculaires.

RESULTATS

Les perspectives de ce travail sont d'aider les praticiens à mieux cibler leurs patients poly pathologiques et polymédiqués dans le domaine cardio-vasculaire, d'appréhender les variabilités de traitement des patients hypertendus en fonction des co-morbidités, 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. Pour le clinicien, l'intérêt principal est de repérer les patients à risque afin de mettre en place des procédures de soins permettant de gérer et anticiper le risque. Cela nécessite la définition de groupe à risque, d'indicateur et d'une vision longitudinale de l'évolution de ces patients (ou le risque d'évolution préjudiciable) afin de définir des stratégies de prises en charge adaptées aux soins primaires.

A moyen terme, le couplage « typologie de patients » et « indicateurs de performance » devrait permettre, sur une cohorte de patients cardio-vasculaires issue de la base de données « OMG-Sniiram » en cours de construction, l'étude de leurs trajectoires de soins, l'évaluation de la pertinence des indicateurs, et leurs modifications éventuelles.

ETAT D'AVANCEMENT

Phase I : Analyse univariée sous SAS en Novembre 2011. Analyse multivariée (ACM et ACH) en Décembre 2011

Validation de la typologie des patients sur la base OMG en janvier et février 2012.

Phase II : La revue de la littérature est terminée.

Phase III : Base définitive des médicaments à disposition fin Octobre 2011. Construction de la typologie des médicaments à l'aide de la typologie des patients hypertendus de janvier à fin février 2012, en parallèle de la phase de test de la typologie des patients.

VALORISATION

Deux communications sur la revue de la littérature ont été faites au Congrès de médecine générale de Nice 2010.

Une thèse est en cours de rédaction.

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

Fiche n° 9

Questionnaire sur les conditions d'exercice des médecins du réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale

AXE DE REFERENCE : 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 Boisnault, Cécile Vuillermoz, Julien Mousquès, Marc Levailant

EQUIPE : Irdes, Cermes, SFMG

HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

L'analyse des données des médecins, qu'elles proviennent de l'OMG ou du Sniiram ne permettent pas actuellement de tenir compte des conditions d'exercice du médecin qui ne sont pas connues. L'ensemble de 1 050 médecins de l'OMG, recensé comme tel par leur souhait exprimé (dans les cinq dernières années) à faire partie du réseau, constitue un ensemble hétérogène tant en termes de capacité technique des médecins à extraire leurs données médicale vers l'OMG que dans leur motivation réelle à participer activement au travail de l'Observatoire.

OBJECTIF

Objectif principal : décrire les conditions d'exercice des médecins selon 6 axes et à travers 90 questions :

- Formation initiale et continue
- Modalités personnelles d'exercice
- Organisation du cabinet
- Informatisation
- Environnement médical
- Activité (RIAP)

Cette base de connaissances permettra de mettre en rapport les données de consommations des patients des médecins de l'OMG (Sniiram), les données d'exercice (questionnaire) et les données cliniques pour les médecins transmettant déjà leur données.

Objectif secondaire : connaître la position en 2011 des investigateurs du réseau sur leur participation ; mettre à jour la base réelle des investigateurs de l'OMG.

METHODE

Questionnaire web permettant à chaque médecin de se connecter à un questionnaire individuel et permettant de gérer les relances des médecins n'ayant pas répondu.

Parallèlement contact téléphonique direct avec tous les médecins du réseau afin de les inciter à répondre au questionnaire et les interroger sur leur motivation à participer au travail de l'Observatoire.

RESULTATS

Sur les 1050 médecins initialement répertoriés comme souhaitant faire parti du réseau, 650 ont déclaré vouloir participer à terme au recueil des données pour l'observatoire lorsque les contraintes techniques auront été résolues.

Fin septembre 450 d'entre eux ont effectivement rempli le questionnaire permettant de faire une analyse des terrains d'exercice de la médecine générale.

Fiche n° 10

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

AXE DE REFERENCE : 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 Szidon Philippe Boissnault, Caroline Allonier, Philippe le Fur

EQUIPE : Philippe Boissnault, Philippe Le Fur, Philippe Szidon, Julien Mousquès, Caroline Allonier, Fabien Daniel, Bruno Dervillez, Jacques Harrouin, Jean-Claude Dumaret, Gilles Hebbrecht

OPEN ACCESS Freely available online



Performance Scores in General Practice: A Comparison between the Clinical versus Medication-Based Approach to Identify Target Populations

Olivier Saint-Lary^{1,2,3,4}, Philippe Boissnault^{1,2,3}, Michel Naiditch^{1,4}, Philippe Szidon^{1,3}, Didier Duhot^{1,3}, Yann Bourgueil^{1,4}, Nathalie Pelletier-Fleury^{1,5}

1 Prospere, Paris, France, **2** Département de médecine générale PIFO, Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Guyancourt, France, **3** Société Française de Médecine générale (SFMG), Issy les Moulineaux, France, **4** Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris, France, **5** CERMESS - UMR 8211 - INSERM U998, Villejuif, France

Abstract

Context: From one country to another, the pay for performance mechanisms differ on one significant point: the identification of target populations, that is, populations which serve as a basis for calculating the indicators. The aim of this study was to compare clinical versus medication based identification of populations of patients with diabetes and hypertension over the age of 50 (for men) or 60 (for women), and any consequences this may have on the calculation of P4P indicators.

Methods: A comparative, retrospective, observational study was carried out with clinical and prescription data from a panel of general practitioners (GPs), the Observatory of General Medicine (OMG) for the year 2007. Two indicators regarding the prescription for statins and aspirin in these populations were calculated.

Results: We analyzed data from 21,690 patients collected by 61 GPs via electronic medical files. Following the clinical based approach, 2,278 patients were diabetic, 8,271 had hypertension and 1,539 had both against respectively 1,730, 8,511 and 1,304 following the medication based approach (% agreement = 96%, kappa = 0.69). The main reasons for these differences were: forgetting to code the morbidities in the clinical approach, not taking into account the population of patients who were given life style and diet rules only or taking into account patients for whom morbidities other than hypertension could justify the use of antihypertensive drugs in the medication based approach. The mean (confidence interval) per doctor was 33.7% (31.5–35.9) for statin indicator and 38.4% (35.4–41.4) for aspirin indicator when the target populations were identified on the basis of clinical criteria whereas they were 37.9% (36.3–39.4) and 43.8% (41.4–46.3) on the basis of treatment criteria.

Conclusion: The two approaches yield very "similar" scores but these scores cover different realities and offer food for thought on the possible usage of these indicators in the framework of P4P programmes.

Citation: Saint-Lary O, Boissnault P, Naiditch M, Szidon P, Duhot D, et al. (2012) Performance Scores in General Practice: A Comparison between the Clinical versus Medication-Based Approach to Identify Target Populations. PLOS ONE 7(4): e35721. doi:10.1371/journal.pone.0055721

Editor: Joseph S. Ross, Yale University School of Medicine, United States of America

Received: December 1, 2011; Accepted: March 20, 2012; Published: April 20, 2012

Copyright: © 2012 Saint-Lary et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: oliviersaint-lary@uvsq.fr

HYPOTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE

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 programmes de traitement statistique type SAS peuvent être alimentés par des données issues d'une base de données. Le montage d'un environnement de base de données de type professionnel nécessite des compétences particulières à la fois de montage de l'environnement de base de données et d'organisation des données dans un environnement de type décisionnel.

OBJECTIF

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

MÉTHODE

Initialement il avait été décidé de monter un environnement de type base de données physiquement implantée à l'Irdes. Devant la difficulté de recruter un professionnel qualifié, les ressources internes de l'Irdes et de la SFMG ont été mobilisées pour créer cet environnement de test (informaticiens de l'Irdes et de la SFMG, médecin DIM de la SFMG)

Le chantier s'est déroulé 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.

RESULTATS

Malheureusement ce chantier n'a pu aboutir pour plusieurs raisons. Le montage d'un environnement de base de données au sein de l'Irdes n'a pas pu répondre aux objectifs initiaux de validation des données envoyées par la Cnamts. Il s'agissait de savoir si les données réceptionnées étaient complètes et comportaient l'ensemble des informations attendues.

La mise au point d'un environnement de base de données type Oracle est un processus complexe faisant à la fois appel à des compétences informatiques et des compétences en terme de management de données. Il est alors apparu de façon pragmatique plus simple de « monter » les données issues de l'interrogation Sniiram dans un environnement SAS afin d'avoir une visualisation rapide des données livrées.

Il a donc été décidé de poursuivre l'exploration des données Sniiram uniquement sur SAS pour deux raisons : la maîtrise de cet environnement par l'équipe Irdes et l'impossibilité pour la SFMG de financer plus de temps homme (trois semaines au total ont été financées par la SFMG).

ETAT D'AVANCEMENT

Dans un premier temps, afin de faciliter les échanges avec la Cnamts sur d'éventuelles difficultés de transmission des données Sniiram, il a été décidé de constituer un premier échantillon de 30 médecins OMG avec leurs données issues du recueil sur l'année 2008.

La première livraison des données issues du Sniiram a été reçue le 19/08/2010.

Plusieurs échanges avec la Cnamts ont été nécessaires depuis pour obtenir une sortie cohérente des données à partir de l'échantillon des 30 médecins investigateurs de l'OMG choisi pour cette phase test de rapprochement des données.

Le premier envoi de données Sniiram nous a semblé très éloigné de ce qui était attendu : **34 656 individus** dont **23 287 individus** avaient eu au moins un contact avec l'un des 30 médecins de l'OMG et donc **11 369 individus** n'en avaient eu aucun. Par ailleurs, les données de l'OMG montraient que le nombre de patients ayant eu au moins un contact avec l'un des 30 généralistes de l'OMG en 2008 était de **43 116**, soit une absence dans l'extraction Sniiram de **19 829** individus. En

prenant en compte toutes les prestations effectuées par ces 23 287 individus, la base extraite du Sniiram aurait dû comporter **7 708 903 lignes**. La base fournie comportait un peu plus de **82 millions de lignes**. Enfin, les 34 656 individus figurant dans la base semblaient avoir eu au moins un contact avec pratiquement tous les généralistes de France (55 000 généralistes différents).

Le deuxième échange avec la Cnamts en février 2011 a porté sur la réception d'un fichier test comptant le nombre de patients par médecin dans l'échantillon de 30 médecins choisis par la SFMG. Les écarts en nombre de patients et d'actes observés ont tous pu être expliqués par plusieurs constats :

- l'absence de saisie par certains remplaçants des médecins de l'OMG, alors que ces consultations sont comptées dans le Sniiram ;
- des saisies incomplètes par les médecins de l'OMG en particulier de certaines visites à domicile;
- le type de communes d'exercice. Ainsi, il semble y avoir plus d'enregistrements OMG que Sniiram pour les médecins des communes rurales, que pour ceux des communes semi-rurales; idem entre ces dernières et les communes urbaines. Ceci semble donc cohérent avec le fait que ne sont comptabilisées dans cette sortie test que les patients du régime général et que l'on a donc pas ceux des autres régimes, notamment de la MSA.

Le troisième échange avec la Cnamts a abouti en juin 2011 à la réception d'une extraction Sniiram qui semble cohérente. L'extraction Sniiram comporte **7 112 979** observations dont **35 759 individus**. Et tous ces individus ont eu au moins un contact avec l'un des 30 médecins de l'OMG. Malheureusement l'absence de la table de bénéficiaire dans la base livrée ne permet pas d'avoir le mois de naissance des patients, absent de la table des prestations.

Un nouvel échange avec la Cnamts est en cours pour y remédier, condition nécessaire pour démarrer les procédures de rapprochement définies initialement sur la base de plusieurs traits : médecin, mois et années de naissance du patient, genre du patient et date des séances.

Enfin l'Irdes a pu finalement embaucher un « Data Manager » sous SAS en la personne de Fabien Daniel permettant de faire avancer les travaux d'analyse en environnement SAS.

CALENDRIER PRÉVISIONNEL

- › Réception du dernier envoi Sniiram au dernier semestre 2011
- › Démarrage des procédures de rapprochement OMG Sniiram au premier trimestre 2012

RESEARCH ARTICLE

Open Access

The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators

Dionne S Kringos^{1*}, Wienke GW Boerma¹, Yann Bourgueil², Thomas Cartier², Toralf Hasvold³, Allen Hutchinson⁴, Margus Lember⁵, Marek Oleszczyk⁶, Danica Rotar Pavlic⁷, Igor Svab⁷, Paolo Tedeschi⁸, Andrew Wilson⁹, Adam Windak⁶, Toni Dedeu¹⁰, Stefan Wilm¹¹

Abstract

Background: Scientific research has provided evidence on benefits of well developed primary care systems. The relevance of some of this research for the European situation is limited.

There is currently a lack of up to date comprehensive and comparable information on variation in development of primary care, and a lack of knowledge of structures and strategies conducive to strengthening primary care in Europe. The EC funded project Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU) aims to fill this gap by developing a Primary Care Monitoring System (PC Monitor) for application in 31 European countries. This article describes the development of the indicators of the PC Monitor, which will make it possible to create an alternative model for holistic analyses of primary care.

Methods: A systematic review of the primary care literature published between 2003 and July 2008 was carried out. This resulted in an overview of: (1) the dimensions of primary care and their relevance to outcomes at (primary) health system level; (2) essential features per dimension; (3) applied indicators to measure the features of primary care dimensions. The indicators were evaluated by the project team against criteria of relevance, precision, flexibility, and discriminating power. The resulting indicator set was evaluated on its suitability for Europe-wide comparison of primary care systems by a panel of primary care experts from various European countries (representing a variety of primary care systems).

Results: The developed PC Monitor approaches primary care in Europe as a multidimensional concept. It describes the key dimensions of primary care systems at three levels: structure, process, and outcome level. On structure level, it includes indicators for governance, economic conditions, and workforce development. On process level, indicators describe access, comprehensiveness, continuity, and coordination of primary care services. On outcome level, indicators reflect the quality, and efficiency of primary care.

Conclusions: A standardized instrument for describing and comparing primary care systems has been developed based on scientific evidence and consensus among an international panel of experts, which will be tested to all configurations of primary care in Europe, intended for producing comparable information. Widespread use of the instrument has the potential to improve the understanding of primary care delivery in different national contexts and thus to create opportunities for better decision making.

* Correspondence: d.kringos@nswtr.nl
WMB, Netherlands Institute for Health Services Research, Ooststraat 114-118, 3500 BN Utrecht, Netherlands
Full list of author information is available at the end of the article



© 2010 Kringos et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care

Julien Mousquès^{a,b,*}, Yann Bourgueil^{a,b}, Philippe Le Fur^{a,b}, Engin Yilmaz^c

^a Institute for Research and Information in Health Economics (IRDES), Paris, France

^b Interdisciplinary Partnership for Research on the Organisation of Primary Care (PROSPERE), Paris, France

^c Department of Research, Study, Evaluation and Statistics (DRESE) of the French Ministry of Health, Youth, Sport and Non for Profit Association, Paris, France

ARTICLE INFO

Keywords:
Primary health care
Diabetes mellitus
Health care team
Comparative study
Outcome and process assessment
Cost analysis

ABSTRACT

Objective: To assess the efficacy and the cost of a French team work experiment between nurses and GPs for managing type 2 diabetes patients.

Methods: Based on a case control study design we compare the evolution of process (standard follow-up procedures) and final (glycemic control) outcomes, and of cost, between two consecutive periods between type 2 diabetes patients followed within the team work experiment (intervention group) or by "standard" GPs (controlled group).

Results: After a 11 months of follow-up, patients in the intervention group, compared with those in the controlled group, have more chances to remain or to become: correctly followed-up (with OR comprise between 2.1 and 6.8, $p \leq 5\%$) and under glycemic control (with OR comprise between 1.8 and 2.7, $p \leq 5\%$). The latter result is obtained only when a visit for education and counselling has been delivered by a nurse in supplement to systematic electronic patient registry and electronic clinical GPs reminder. All these results are obtained without difference in costs between the intervention and the controlled group.

Conclusions: This experimentation of team working can be considered both effective and efficient. Our findings may have implications in the design of future larger primary care team work experiment to be launched by French health authorities.

© 2010 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Both the improvement of the quality of the care delivered by health professionals and the strengthening of primary care organisation are seen as two key elements for increasing the performance of health care systems in a context of increasing demand and constraints in resources [1–6]. Thus, numerous countries have undertaken reforms that aim at improving medical practices or organizing in a different way the provision of primary or ambula-

tory care and services, especially for chronic patient. This requires the production of medical practice guidelines and the implementation of "evidence based medicine" in daily practice through policy intervention close to doctors and the implementation of primary care and services organisational innovations; chronic care and/or disease management, performance based economic incentives, group practice and team work [7].

Numerous systematic literature reviews are henceforth available [8–15]. Passive intervention policy, which includes the simple provision of educational material and standard education activities (e.g. conferences, congresses, ...) are considered to be little effective. On the contrary, more active policy interventions have proved to be more effective. These include more advanced

* Corresponding author at: IRDES, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris, France. Tel.: +33 153934362; fax: +33 153934350.
E-mail address: mousques@irdes.fr (J. Mousquès).

Research

Clarne Krings, Wimke Boerma, Tami Bourydell, Thomas Carter, Toni Darlow, Tirill Hovold, Aileen Hutchinson, Morgan Lammie, Marek Dłuski, Gemma Foster-Powell, Igor Svob, Doris Tebicka, Stefan Wilk, Andrew Wilson, Adam Winkler, Julia Farrer Zee and Peter Grosswagen

The strength of primary care in Europe:

an international comparative study

Abstract

Background

European countries of primary care systems have a reputation of providing high quality, accessible and affordable health care.

AIM

To assess the strength of primary care in Europe.

Design and setting

The national comparative research project was conducted in 2007-2008, involving 10 European countries: Denmark, France, Germany, Italy, the Netherlands, Norway, Sweden, Spain and the UK.

Methods

Through a series of stakeholder interviews, a group of independent primary care practitioners assessed the quality of primary care using a range of indicators: availability, accessibility, continuity, comprehensiveness, efficiency and cost-effectiveness. The project was designed to complement the World Health Organization's Health Systems Research Initiative (HSRI) in which countries selected to study primary care were chosen on the basis of their reputation for high quality primary care. The assessment included an evaluation of the current primary care system, a review of the primary care system, and a review of the primary care system.

Results

Denmark and Ireland stand out as countries with high quality primary care. The Netherlands, France, Germany, Spain and the UK also stand out as countries with high quality primary care. The assessment included an evaluation of the current primary care system, a review of the primary care system, and a review of the primary care system.

Conclusion

Results indicate the strength of primary care systems varies, including a difference in the availability of primary care services and the quality of primary care services. The results indicate the strength of primary care systems varies, including a difference in the availability of primary care services and the quality of primary care services.

Keywords

Healthcare, Europe, primary care, quality of care, primary care.

INTRODUCTION

Important drivers for health system development are the need for greater responsiveness to the population's health needs and greater cost effectiveness.¹⁻⁴ Healthcare systems should produce better health for both, for example, in the United States's Affordable Care Act,⁵ the United Kingdom's Health 2010,⁶ and the World Health Report 2010.⁷ Giving primary care a central role in the delivery of health services is a key strategy to address these challenges. The role of primary care is the first level of professional care contact, where people present their health problems, and where the majority of the population's health care needs can be addressed. Current challenges of healthcare systems include low risk factors, ageing populations, health inequalities, increasing complex needs, rising healthcare expenditures, technological change, and a lack of human

resources.^{8,9} Supported by a growing body of evidence since Sorlie's study in 1991,¹⁰ evidence makes increasing use for strengthening of primary care in face of rising health care challenges.¹¹

The study has built on previous studies that have evaluated primary care in selected countries,¹² or made international comparisons of a limited set of features.¹³ A major challenge in international comparative studies in primary care is to develop a suitable definition of primary care that can capture the variety in practice organisation and service delivery models.

The study seeks to describe provided functions in primary care research by comparing the strength of primary care in 10 European countries, using a standardised measurement instrument.

The study is based on the results of the 10-country INCAEU Primary Health Care (PHC) Monitor for Europe project, to evaluate the strength of primary care structures and the service delivery

Background

European countries of primary care systems have a reputation of providing high quality, accessible and affordable health care. The assessment included an evaluation of the current primary care system, a review of the primary care system, and a review of the primary care system. The results indicate the strength of primary care systems varies, including a difference in the availability of primary care services and the quality of primary care services. The results indicate the strength of primary care systems varies, including a difference in the availability of primary care services and the quality of primary care services.

Design and setting

The national comparative research project was conducted in 2007-2008, involving 10 European countries: Denmark, France, Germany, Italy, the Netherlands, Norway, Sweden, Spain and the UK.

Methods

Through a series of stakeholder interviews, a group of independent primary care practitioners assessed the quality of primary care using a range of indicators: availability, accessibility, continuity, comprehensiveness, efficiency and cost-effectiveness.

Results

Denmark and Ireland stand out as countries with high quality primary care. The Netherlands, France, Germany, Spain and the UK also stand out as countries with high quality primary care.

Results indicate the strength of primary care systems varies, including a difference in the availability of primary care services and the quality of primary care services.