

# **PROSPERE**

## **Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers REcours**

**Projet de constitution d'une équipe émergente pluri-  
institutionnelle et pluridisciplinaire pour le développement  
de la recherche sur les services de soins de premiers  
recours**

**Mai 2008**

**IRDES, CERMES, SFMG**

## RESUME

**Contexte :** En France aujourd'hui, le secteur des soins ambulatoires et particulièrement le secteur des soins de premiers recours est confronté à des évolutions rapides et contradictoires de l'offre et de la demande de soins. Les soins de premiers recours, assurés principalement par le médecin généraliste et par d'autres professionnels de santé non médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), sont en restructuration. Ce processus s'est accéléré depuis la loi de 2004 relative à l'assurance maladie. L'articulation des dynamiques professionnelles de réorganisation avec l'évolution des besoins et de la demande des patients, ainsi que les exigences de territorialisation des soins de premiers recours appellent de nouveaux mécanismes de régulations (incitations, travail d'équipe, nouvelles pratiques) qui constituent autant de questions dans un domaine où la recherche est jusqu'alors peu développée.

**Objectifs et méthodes :** L'objectif de notre équipe émergente vise à la fois la production de connaissances sur les différentes formes d'organisation des soins de premiers recours et à la constitution à terme des conditions d'élaboration collective et multidisciplinaire de connaissances sur le fonctionnement et la structuration du système de soins de premiers recours en France. La jeune équipe émergente présentée dans ce projet rassemble 13 chercheurs de disciplines diverses, pour la plupart confirmés, ayant collaboré par le passé et appartenant à trois entités distinctes et complémentaires (IRDES, SFMG et CERMES). Quatre objectifs spécifiques guident notre programme de recherche sur 4 années et constituent quatre axes articulés plusieurs opérations de recherches. Le premier axe poursuit l'élaboration d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours adapté au contexte français dans une perspective de recherche évaluative sur les liens entre les formes d'organisations et leurs résultats. Le deuxième axe vise à analyser les formes organisées des soins de premiers recours mobilisant les concepts et méthodes de la micro-économie au travers de l'analyse des incitations des offreurs, des méthodes de révélation des préférences des usagers et de l'évaluation médico-économique. Le troisième axe vise à analyser des formes organisées des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie autour de la redistribution des rôles et des activités entre professions et usagers dans une approche micro et macro du système de soins. Le quatrième axe poursuit la construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et des données de remboursement afin d'une part de tester des méthodes et des indicateurs d'analyse des organisations de soins de premiers recours et d'autre part, de constituer un échantillon témoin pour les travaux de recherche évaluative sur les organisations de soins de premiers recours. Si les chercheurs de l'équipe sont porteurs d'opérations particulières en lien avec leurs intérêts, leurs méthodes et leurs champs disciplinaires propres, le caractère pluridisciplinaire des travaux trouve son opérationnalisation dans la constitution d'un matériau commun constitué par un échantillon contrasté de formes d'organisations des soins de premiers recours (maisons de santé, centres, groupe, cabinets solos), la participation de tous à la construction d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours (Axes 1 et 4) et à la discussion collective des hypothèses, méthodes et résultats de chaque opération de recherche (Axes 2 et 3).

**Perspectives :** Les travaux que nous nous proposons de mener donneront des résultats mobilisables à court terme pour d'une part, contribuer à la définition des attendus et des objectifs d'initiatives expérimentales ou de généralisation des modalités de rémunération, des formes d'organisations spécifiques, ou les deux et pour d'autre part, contribuer à l'évaluation des expérimentations en mobilisant les cadres d'analyses produits et testés dans une perspective comparative. Les résultats des opérations de recherche seront diffusés par l'intermédiaire de différents supports afin de transférer les connaissances produites aux acteurs du système de soins et de valoriser les travaux dans une perspective académique. Enfin, le renforcement des capacités de formation à la recherche par l'engagement dans la réalisation de deux thèses dont l'une sur travaux et de deux HDR ainsi que le développement de l'encadrement et de la formation en lien avec le monde universitaire de la médecine générale et de la santé publique permettra de consolider l'équipe PROSPERE. Le caractère institutionnel engagé du partenariat permet d'envisager à terme la pérennisation de cette équipe sous une forme qui reste à définir.

## **I. CONTEXTE, PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DU PROGRAMME DE RECHERCHE**

---

### **A – CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE : EVOLUTION DE LA DEMANDE, DYNAMIQUES PROFESSIONNELLES ET RESTRUCTURATION DES SERVICES DE SOINS DE PREMIERS RECOURS**

En France aujourd'hui, le secteur des soins ambulatoires et particulièrement le secteur des soins de premiers recours est confronté à des évolutions rapides de l'offre et de la demande de soins. Les soins de premiers recours, principalement assurés par le médecin généraliste et par d'autres professionnels de santé non médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), sont en restructuration. Ce processus s'est accéléré depuis la loi de 2004 relative à l'assurance maladie. L'articulation des dynamiques professionnelles de réorganisation avec l'évolution des besoins et de la demande des patients, ainsi que les exigences de territorialisation des soins de premiers recours appellent de nouveaux mécanismes de régulations (incitations, travail d'équipe, nouvelles pratiques) qui constituent autant de questions de recherches.

#### *Des facteurs d'évolution qui portent à la fois sur la demande et l'offre de soins...*

**Du côté de la demande de soins**, les évolutions démographiques (vieillesse de la population, déséquilibre de la pyramide des âges), épidémiologiques (importance croissante des maladies au long cours, de la multi morbidité ainsi que de la dépendance) et les évolutions de la demande sociale des patients suscitent des modifications des pratiques, des rôles professionnels ainsi que des modes d'articulations entre les acteurs. Ces tendances, constatées en France, sont rencontrées dans tous les pays développés. Ces évolutions se traduisent par un poids croissant des prises en charge des malades porteurs de pathologies chroniques et/ou multiples sur les dépenses de santé [1] et par une évolution de la relation médecin - malade, ce dernier mieux informé et plus expérimenté se trouve en situation de discuter les orientations proposées par le médecin.

**Du côté de l'offre de soins**, la tendance est inverse puisqu'un mouvement de raréfaction se profile : les projections réalisées à un horizon de 2025 par la DREES [2] envisagent une diminution du temps médical global disponible pour les dix années à venir. Ces projections établies à partir des tendances actuelles résultent de plusieurs facteurs : une diminution souhaitée et soutenue du nombre de médecins formés et de fait un départ non remplacé de médecins libéraux installés en ville ainsi qu'un manque d'attractivité de la spécialité « médecine générale » pour les étudiants en médecine. A cette baisse de temps médical disponible s'ajoutent les attentes nouvelles des jeunes médecins en termes d'arbitrage temps de travail / loisir. Ces attentes se traduisent notamment par un attrait plus important pour l'exercice hospitalier et dans le secteur ambulatoire pour la pratique de groupe ou en équipe pluri professionnelles [3].

#### *Des facteurs d'évolution qui affectent particulièrement le secteur des soins de premiers recours*

La hausse du nombre de malades porteurs de pathologies chroniques et/ou multiples qui requièrent des suivis au long cours et des compétences spécifiques affecte tout particulièrement la capacité de l'offre de soins de premiers recours à y répondre. Ces patients nécessitent pourtant une meilleure gestion et prise en charge de leur santé pour améliorer l'observance des traitements prescrits, le développement des comportements préventifs et en cas d'aggravation, une utilisation adaptée du système de soins : il s'agit d'« éducation à la

santé et d'éducation thérapeutique ». Les soins de premiers recours, parce qu'ils permettent le déploiement de relations inter individuelles inscrites dans la durée contribuent à mieux répondre à cette nouvelle demande de soins et à développer de nouvelles formes de coordination avec par exemple, le secteur médico-social dans le cadre d'organisations en réseaux pour la prise en charge de la dépendance.

Tous les systèmes de santé des pays développés, confrontés à ces évolutions, ont engagé de nombreuses réformes et politiques visant à adapter les systèmes de financement et d'organisation des services de santé [4]. Pour certains auteurs [5], il s'agit d'un changement de paradigme des systèmes de santé : traditionnellement organisés pour prendre en charge des épisodes de soins aigus, les systèmes de santé doivent se transformer pour prendre en charge ces malades, de plus en plus nombreux, porteurs de pathologies chroniques et/ou multiples. L'enjeu est la réorientation des malades de l'hôpital vers la ville par une meilleure articulation du secteur ambulatoire et particulièrement de celui des soins de premiers recours avec l'hôpital et le secteur médico-social. En France, le système des soins de premiers recours n'est pas organisé pour répondre à ces nouveaux besoins d'autant qu'il est particulièrement soumis à la réduction du temps médical disponible.

### ***Les soins de premiers recours en France dans le secteur ambulatoire***

En France, la plupart des professionnels de soins de premiers recours sont indépendants et exercent dans le cadre libéral majoritairement en solo avec un paiement à l'acte. Ils ont le libre choix du lieu et des modalités de leur installation. Le secteur des soins de premiers recours est multiple et morcelé comprenant environ 56 000 médecins généralistes, 50 000 infirmières libérales, 41 000 kinésithérapeutes libéraux qui chacun choisit librement les modalités et le lieu de son installation. L'organisation des soins de premiers recours est largement déterminée par les choix individuels des professionnels du secteur dans un « marché » concurrentiel où les prix sont fixés et la demande toujours solvable.

La coordination des soins et les relations avec l'ensemble des autres offreurs du système ambulatoire (les spécialistes en ville, les organisations des soins à domicile, les PMI, les médecins scolaires, le secteur psychiatrique, les médecins du travail) repose principalement sur des mécanismes informels basés sur la confiance entre professionnels. Cette coordination apparaît d'autant plus difficile que beaucoup des services offerts sont territorialisés chacun dépendant d'institutions ou d'autorités différentes (commune, département, administration locale).

### ***Les soins de premiers recours, un secteur en mutation rapide***

#### *...sous l'effet des logiques de territorialisation*

La territorialisation du système de soins hospitaliers, engagée depuis 1991 avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, se poursuit avec les projets médicaux de territoire introduits par la circulaire de 2004 [6]. Cette dimension territoriale est désormais abordée dans le domaine des soins ambulatoires aussi bien par le biais de la question de l'organisation de la permanence des soins que par les mesures mises en œuvre pour maintenir des médecins dans les zones déficitaires. La politique des réseaux de santé est également devenue progressivement territoriale. La territorialisation des soins de premiers recours est à rapprocher de la réforme du médecin traitant introduite en 2004 [7] qui incite fortement les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin dit « traitant » de leur choix. En novembre 2006, 80% d'assurés s'étaient inscrits et 99,6% auprès d'un médecin généraliste illustrant l'existence en pratique d'un médecin généraliste habituel identifié par la population [8]. L'institutionnalisation de cette modification des modalités d'accès au système de soins

constitue un tournant important en inscrivant les pratiques des médecins généralistes dans une logique populationnelle, recherchée par le régulateur au travers de la territorialisation. Cette

dimension à la fois territoriale et populationnelle, caractérisant traditionnellement les systèmes de santé nationaux, ouvre des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins de premiers recours et de pratiques dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, la coordination de soins, et la réduction des inégalités de santé.

*...sous l'effet des dynamiques professionnelles de regroupement*

Les professionnels de santé s'engagent de plus en plus dans des formes collectives et organisées de pratique parfois dans le cadre de projets innovants souvent par la « redécouverte » de projets plus anciens (centres de santé, pratique de groupe). Ce sont, le plus souvent, des leaders professionnels de terrain associés aux élus locaux soucieux de maintenir une offre de proximité, qui portent ces projets. Tous ces modes d'organisation (groupes, maisons de santé, pôles de santé, centres de santé...) remis à l'ordre du jour du fait des évolutions de la demande de soins et des attentes des médecins peuvent conduire à une nouvelle distribution des tâches et des rôles au sein d'une équipe, faisant appel à des infrastructures plus importantes potentiellement associées à des formes mixtes de rémunération. Ces tendances au regroupement se distinguent des réseaux de santé, dans la mesure où elles sont portées par des professionnels libéraux et qu'elles ne s'inscrivent pas dans une logique de spécialisation sur une pathologie (le diabète ou l'insuffisance cardiaque) ou qu'elles ne s'adressent pas à une sous population particulière (personnes âgées ou population en fin de vie). Ces nouveaux modes d'organisation de soins de premiers recours, bien que centrés autour de médecins généralistes, concernent toutes les professions de santé du secteur ambulatoire.

Comme dans d'autres pays [9], la pérennisation, la généralisation ou plus précisément l'institutionnalisation de ces formes innovantes se heurtent au poids des mécanismes traditionnels de régulation en place (décalage croissant entre les représentants des professionnels et les attentes des jeunes professionnels) et à l'absence de travaux de recherches validés permettant d'associer à ces nouvelles formes d'organisation des éléments d'évaluation.

***Des évolutions qui s'opèrent dans un contexte de redéfinition d'éléments centraux du contrat social de la médecine***

Dans le secteur sanitaire, l'Etat providence tout en assurant la solvabilisation de la demande de santé de la population a simultanément été le pourvoyeur et le garant du développement, faiblement régulé et contrôlé, de la profession médicale. Il s'est trouvé dans le même temps dans l'obligation de contrôler l'augmentation des dépenses publiques de santé remboursables. Après des politiques essentiellement axées sur la limitation de la capacité de l'offre (*numerus clausus*, limitation de l'accès à la spécialité par le concours de l'internat) puis sur la maîtrise du prix des actes, une politique de « maîtrise médicalisée » a été instaurée au début des années 1990 pour faire converger la démarche de maîtrise comptable à celle essentielle de la qualité et la sécurité des soins [10-12] favorisant ainsi l'équité et l'efficacité [13,14]. En effet, de nombreux travaux ont démontré l'hétérogénéité des pratiques médicales et le caractère parfois inapproprié des prescriptions médicamenteuses [15-19].

Ces transformations qui visent à associer exigence de qualité et de sécurité des soins et efficacité économique mettent donc sous tension les professionnels de santé libéraux et particulièrement les médecins généralistes. En effet, le contexte de la pratique de la médecine libérale (pratique individuelle, cadre conventionnel et son poids dans la définition de la

politique de revenu, la liberté de prescription) ne favorise pas la mise en place effective de ce type de démarche et de régulation. Par ailleurs, les outils mobilisés pour améliorer la qualité se sont avérés peu actifs et peu efficaces et leurs modes de diffusion ont conduit à des résultats très modestes (mise à disposition des recommandations par les Agences, plus rarement des stratégies plus interactives reconnues comme plus efficaces à l'instar des entretiens confraternels dans le cadre des programmes nationaux inter-régimes) [20-23].

### ***Les soins de premiers recours : une recherche peu développée...***

#### *Un investissement traditionnellement faible dans la recherche sur les soins de premiers recours*

L'orientation prioritaire du système de soins vers l'hôpital avec la création des Centres Hospitaliers Universitaires en 1958 explique en partie le faible investissement de la recherche sur l'organisation des soins primaires en France. Principalement conçue, dans la filiation de la tradition clinique française comme une transposition des savoirs et des pratiques élaborées au sein des CHU, la médecine de premier recours, véritable champ disciplinaire dans d'autres pays, se voit reconnaître une place encore marginale au sein des espaces académiques en France [24].

#### *Une production de connaissance qui n'a pas investi l'organisation des soins comme un objet d'étude*

Si la médecine générale et la consommation des soins en ambulatoire ont fait l'objet de recherches spécifiques en sciences humaines et sociales, c'est presque toujours dans une logique disciplinaire. Ces travaux se sont intéressés à certains traits de la profession, en analysant les comportements individuels d'installation, les pratiques individuelles et les moyens de les influencer ou les modes de recours aux soins des patients. Lorsqu'il s'agit de juger de leur performance, les travaux menés ont essentiellement porté sur les pratiques individuelles des médecins. Peu de travaux de recherche se sont intéressés de façon systématique au contexte organisationnel qui encadre cette activité et en particulier aux liens existants entre diverses formes d'organisation des soins de premiers recours et leurs résultats.

#### *A l'exception des travaux autour des réseaux de soins...*

Le développement des réseaux a constitué une première ouverture vers des problématiques d'organisation dans le secteur ambulatoire en permettant la production de quelques travaux rares et limités par l'insuffisance d'expertises, de ressources et de données. Par ailleurs, toute une série d'innovations réalisées dans le secteur des soins ambulatoires depuis 15 ans n'a pas ou que trop peu été évaluée (Hospitalisation à domicile, option médecin référent, réseaux de soins, groupes de médecins) [25], [26].

#### *...et de comparaisons internationales*

C'est donc le plus souvent en référence aux expériences étrangères que les orientations politiques en matière d'organisation des soins en France sont proposées [78]. Pourtant, si des politiques de structuration des soins primaires se sont mises en place et ont été évaluées dans les pays développés, en Europe et outre Atlantique, celles-ci se sont faites dans des contextes différents. Par exemple, si les modes d'organisation portés par certains opérateurs comme les « managed care » aux USA ont pu faire la preuve de leur efficacité [79], il faut garder à l'esprit que ces organisations intégrées de soins et services opèrent dans un système de santé régulé par le marché, où les assureurs sélectionnent les producteurs de soins, qui eux-mêmes s'adressent à des populations spécifiques (celles ayant l'accès à une assurance). Des logiques de développement de structures intégrées de soins primaires ont été également mises en œuvre

dans des systèmes nationaux garantissant un accès aux soins universel et n'ont pu être réalisées que sur la base de politique de déconcentration (vers les « Primary Care Trust » au Royaume-Uni) ou de décentralisation des compétences dans la régulation des soins de premiers recours vers des autorités locales (dans les pays nordiques). Dans le même temps, ces pays ont opéré une refonte des logiques de contractualisation entre les régulateurs et les professionnels de santé (développement de nouveaux modes de rémunération, modification des frontières entre les professions et développement de la coopération entre les professionnels de santé, ...). Il semble malgré tout difficile de dégager de ces

travaux des enseignements valides sur l'existence de modalités optimales d'organisation des soins de premiers recours en termes d'efficience ou de qualité des soins délivrés.

Par ailleurs, une simple transposition des résultats et modèles produits ne saurait suffire à accompagner les transformations nécessaires de l'organisation et la régulation du système de soins de premiers recours français.

*...alors que les politiques de santé s'orientent vers de nouvelles formes d'organisation et de régulation des soins de premiers recours*

Par opposition à la pratique du médecin seul dans son cabinet qui constitue la forme traditionnelle, mythique et probablement dépassée, de représentation de la médecine de premiers recours, les formes structurées d'organisation des soins paraissent amenées à former une voie d'avenir structurante de la politique de santé [27]. En effet, de grandes orientations sont annoncées et plusieurs textes visant à encadrer le développement des formes d'organisations innovantes sont produits par l'HAS et la CNAM. Même si ces orientations doivent encore être opérationnalisées, les projets commencent à statuer sur les représentations de ce qui est attendu des organisations de soins de premiers recours dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Ces représentations, fondées sur le contrôle de la pratique individuelle des médecins, sont toutefois contraintes par les limites des systèmes d'informations permettant notamment de juger de leur performance.

Ces modifications annoncées portent finalement sur l'introduction de mécanismes de régulation de l'offre de soins ambulatoires (installation, contractualisations, reconnaissance et valorisation de pratiques coopératives) conduisant à une structuration nouvelle du secteur des soins de premiers recours. Par extension, se profilent naturellement des expérimentations de nouvelles modalités de rémunération dans le cadre de ces nouvelles formes d'organisation des soins de premiers recours.

Ces orientations posent des questions de connaissance sur les nouveaux modes d'organisation et de pratiques de soins envisagés, sur les mécanismes de régulation qui leurs seraient associés et sur les conditions de leur mise en œuvre.

## **B – OBJECTIFS DE L'EQUIPE EMERGENTE ET DE SON PROGRAMME DE RECHERCHE : QUELLES FORMES D'ORGANISATIONS DES SOINS DE PREMIERS RECOURS POUR QUELS RESULTATS ?**

Qu'elles soient anciennes comme les centres de santé, ou les cabinets de groupe, ou présentées comme nouvelles à l'instar des maisons de santé ou des pôles de santé, les formes d'organisation des soins constituent aujourd'hui des pôles de restructuration du système de soins de premiers recours. Leur observation et leur analyse présente donc un double intérêt en termes de recherche sur les services de santé. D'une part, ces organisations constituent des révélateurs des évolutions actuelles permettant d'explorer plusieurs hypothèses de changement, dans la mesure où elles rassemblent des projets professionnels qui visent ou

conduisent simultanément à la transformation des pratiques, des rôles et des modes de rémunération ou de financement des professionnels de santé. D'autre part, dans une perspective d'action publique la meilleure connaissance de ces organisations et de leurs résultats peuvent contribuer à définir une politique de santé qui se donnerait comme objectif d'organiser les soins de premiers recours en s'appuyant sur ces organisations.

***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***

Cet objectif principal se décline selon les quatre objectifs spécifiques suivants :

*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.*

*L'analyse des formes organisées des soins de premiers recours mobilisant les concepts et méthodes de l'économie sous l'angle des professionnels au travers de l'analyse des incitations, sous l'angle des usagers par des méthodes de révélation des préférences et de l'évaluation médico-économique.*

*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.*

*La construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et de remboursement afin de tester des méthodes et indicateurs d'analyse des organisations de soins de premiers recours et de constituer un échantillon témoin pour les travaux de recherche évaluative sur les organisations de soins de premiers recours*

***L'objectif secondaire de ce projet est de constituer à moyen terme 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 présentée dans ce projet rassemble un nombre important de chercheurs de disciplines diverses, appartenant à trois entités distinctes et complémentaires (IRDES, SFMG et CERMES), pour la plupart confirmés, et ayant collaboré par le passé. Ces chercheurs ainsi que les institutions auxquelles ils appartiennent s'inscrivent dans la constitution d'une équipe à terme vouée à se pérenniser.

## **II –METHODES : ORGANISATION DES TRAVAUX DE RECHERCHE AUTOUR DE L'ANALYSE DES FORMES D'ORGANISATIONS ET DE LEURS RESULTATS**

Les objectifs spécifiques constituent autant d'axes de recherches inscrits dans des temporalités différentes sur une durée globale de quatre années. Ces axes rassemblent selon les cas une ou plusieurs opérations de recherches distinctes. Si les chercheurs de l'équipe sont porteurs d'opérations particulières en lien avec leurs intérêts et leur champs disciplinaires propres, le caractère pluridisciplinaire des travaux trouve son opérationnalisation dans la constitution d'un matériau commun, la participation de tous à la construction d'un cadre d'analyse des

organisations de soins de premiers recours (axe 1) et à la discussion collective des hypothèses, méthodes et résultats de chaque opération de recherche (Axes 2 et 3).

Nous travaillerons sur un échantillon commun composé d'un nombre limité de « sites » préalablement identifiés pour leurs caractéristiques organisationnelles et géographiques très contrastées : maisons de santé pluridisciplinaires, centre de santé, cabinets de groupe, cabinets individuels. Cet échantillon nous permettra de collecter des données à la fois quantitatives, à partir de questionnaires et des bases de l'assurance maladie, mais également qualitatives obtenues par entretiens et observations auprès des professionnels et des usagers. Cette collecte d'informations complètes et détaillées constituera le matériau de référence des différentes analyses que nous prévoyons de réaliser dans les opérations de recherches.

L'identification des structures volontaires prêtes à s'engager dans ce travail d'enquête très approfondi sera facilitée par le réseau de la SFMG et par les contacts avec le monde professionnel issus des travaux antérieurs ou en cours à l'IRDES (expérience ASALEE, travail exploratoire sur les maisons de santé en cours en Franche Comté et en Bourgogne, étude de cabinets de groupes en collaboration avec l'URML de Bretagne, enquête en cours sur les centres de santé en Ile de France et à Grenoble). En effet, les structures et les professionnels enquêtés devront être prêts à partager un certain nombre d'informations relativement confidentielles avec les chercheurs de l'équipe à différentes étapes des opérations de recherche. Par ailleurs, les patients de ces structures seront également sollicités.

C'est à l'occasion de temps collectifs de mise en commun suivant une périodicité bi-mensuelle que les membres de l'équipe pourront partager leurs questionnements et travaux. L'organisation d'un séminaire sur la thématique de l'analyse des organisations de soins de premiers recours élargi aux différents acteurs du système de soins (Axe 1) deux ans après le démarrage des travaux constituera une étape intermédiaire permettant de déployer une partie des travaux de l'équipe dans une perspective de recherche évaluative.

## **A – AXE 1 : L'ELABORATION D'UN CADRE D'ANALYSE DES ORGANISATIONS DE SOINS DE PREMIERS RECOURS**

L'analyse des formes d'organisations des soins de premiers recours dans le contexte français peut faire appel à différents cadres conceptuels issus de l'évaluation des services de santé (Donabédian 1986), de travaux visant à élaborer des cadres de référence pour la profession médicale (EQUIP) ou à la théorie des organisations (travaux du GRIS) sur les formes d'organisations en soins de première ligne. Des démarches exploratoires menées à l'IRDES sur l'étude de la pratique de groupe, ou les maisons et centres de santé en cours, mobilisent de façon empirique et combinée ces différents référentiels. Ces éléments visent à caractériser les organisations de soins de premiers recours selon le niveau de cohérence interne ou de collaboration des professionnels abordé notamment par les modalités de partage et de circulation de l'information relative aux patients, la taille et les services offerts, et le niveau d'intégration avec l'environnement (liens avec les établissements de soins, les réseaux de soins, l'association des professionnels à la permanence des soins, la formation...). Au-delà de la caractérisation des attributs organisationnels de ces organisations, ces travaux cherchent également à appréhender, la qualité des processus, des résultats et des coûts des soins délivrés par ces organisations, en mobilisant les données de remboursement de l'assurance maladie et des données cliniques directement collectées auprès des professionnels. Enfin, sont également explorées certaines dimensions propres aux soins primaires comme l'accessibilité aux soins pour une population sur un territoire donnée.

Les études sur les groupes de médecins, les maisons de santé et les centres de santé identifiés dans le contexte Français (thèses de médecine, évaluation centres et maisons de santé en cours à l'IRDES) permettent donc d'apporter quelques éléments de discussion et de résultats sur leurs performances relatives. Mais ces travaux mettent également en évidence la nécessité de constituer un cadre d'analyse ainsi que des méthodes et indicateurs adaptés aux soins de premiers recours dans le contexte français permettant d'appréhender l'ensemble des différentes formes d'organisation à des fins de comparaisons dans le cadre de travaux de recherche évaluative.

L'une des caractéristiques du champ des soins de premiers recours est son orientation populationnelle souvent associée à une dimension territoriale. A la différence de l'hôpital, qui est principalement défini comme une organisation délivrant des soins à des populations de malades, les organisations de soins primaires sont orientées vers des populations générales et associent des fonctions de prévention comme des fonctions curatives.

L'analyse de ces organisations doit donc tenir compte du champ des soins de premiers recours et des missions confiées à ces organisations. La définition des soins primaires varie selon les pays et la littérature. Les travaux portant sur les mesures de la performance en soins primaires distinguent généralement les concepts d'accessibilité, de permanence des soins, de continuité des soins, extension/gamme des services offerts, et de coordination des soins. L'opérationnalisation de ces différentes dimensions dans des indicateurs de mesure des soins primaires a été particulièrement étudiée par Starfield.

Le processus d'élaboration d'un cadre d'analyse comprend donc une 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 définition théorique du champ et des objectifs attendus des soins de premiers recours pourra être confronté à un travail d'analyse critique des indicateurs de mesure de la performance en soins de premiers recours. La confrontation de ces deux angles d'approches théorique et opérationnelle de la performance en soins de premiers recours contribuera à stabiliser progressivement le cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours.

### **A.1 – Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte français**

L'accent mis sur la régionalisation, l'organisation de la permanence des soins, la recherche d'articulation entre les secteurs médicaux et sociaux se font autour de normes ou d'objectifs le plus souvent implicites que nous nous proposons de révéler et de traduire dans une perspective d'évaluation. Les craintes soulevées par la fermeture des cabinets médicaux soulèvent la dimension de l'accessibilité géographique. On conçoit donc qu'une mise à plat des dimensions propres aux soins de premiers recours puisse correspondre à des attentes à la fois des régulateurs et de la population dans un contexte en restructuration. En référence aux travaux menés à l'IRDES sur les inégalités de santé, le domaine des soins de premiers recours apparaît comme le lieu principal des interventions publiques visant à réduire les inégalités de santé en intervenant sur le système de soins. La dimension d'analyse en lien avec les inégalités de santé apparaît donc comme un axe potentiellement structurant d'un cadre d'analyse de la performance des organisations de soins de premiers recours.

L'objectif de cette opération de recherche est d'adopter une définition du champ et des principales missions confiées aux soins de premiers recours dans le contexte français.

La méthode consiste à rassembler les travaux français et internationaux en lien avec la définition des soins de premier recours et à mobiliser les méthodes d'analyse des organisations de soins énoncées précédemment. A ce titre, nous pourrions nous appuyer sur les travaux qui ont exploré la notion de performance hospitalière et analysé les conditions de son opérationnalisation, en confrontant leurs résultats aux spécificités des soins de premier recours (population, territoire, et gamme étendue).

La revue de la littérature conduira à circonscrire le champ des soins de premiers recours et à repérer et identifier les principales dimensions qui caractérisent les organisations de soins qui le composent. L'équipe pourra alors effectuer un choix raisonné des dimensions des soins de premiers recours applicables au contexte français à travers la construction d'une grille d'analyse des organisations. Ce cadrage général contribuera à la définition du cadre d'analyse des organisations de soins. L'analyse de la littérature pourra être confrontée à l'avis d'experts étrangers à l'occasion d'un séminaire intermédiaire 6 mois après le début des travaux. Ces travaux permettront de passer au crible de la grille d'analyse construite l'ensemble des informations collectées auprès des sites de l'échantillon commun (dimensions des grilles d'analyse des structures, des processus et des résultats). Ils s'articulent avec la première étape du point suivant qui porte sur l'analyse critique des indicateurs.

Les travaux de l'équipe pourront conduire à l'organisation d'un débat structuré dans le cadre d'un séminaire « élargi ». Ce séminaire s'adressera à l'ensemble des types d'acteurs du système de soins. Il aura pour objectif de diffuser et discuter les résultats de l'équipe et à l'occasion de faire émerger les positions des acteurs du système de santé.

Organisé autour de la notion de performance en soins de première ligne, il vise à explorer, par le témoignage d'expériences concrètes françaises et étrangères les questions posées par la l'évaluation des organisations de soins de premiers recours : Pourquoi, la question se pose-t-elle et quels sont les « objets » concernés par ce questionnement : les territoires, les populations, les organisations ? comment contrôler ou évaluer la performance : planification, accréditation, allocation des financements, mesure de résultats ? Comment ces questions sont-elles posées et/ou ont-elles été résolues (dimensions, outils) ?

quelles sont les définitions de résultats/performance dans le champ des soins de première ligne ? Comment sont abordées les notions de qualité, d'efficacité et/ou d'équité ?

Ce séminaire qui pourrait se tenir au terme des deux premières années du programme pourra donner lieu à la publication d'actes.

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

Aujourd'hui le médecin traitant n'a pas de vision globale de l'efficacité de sa pratique pour sa propre patientèle. Il n'a que ponctuellement et pour les cas les plus « simples » une idée de son efficacité. En revanche, dans les cas les plus fréquents de patients chroniques, l'efficacité et *a fortiori* l'efficacité sont extrêmement difficile à appréhender. Les rares indicateurs globaux fournis actuellement au médecin par l'assurance maladie (RIAP p.e.) ne rendent compte que de la production générée directement par le médecin lui-même sans référence ni à la typologie de sa patientèle ni à celle de son secteur d'activité, ni à l'environnement sanitaire ni et surtout à la trajectoire et la consommation globale de soins réelle de ses patients.

L'objectif de cette opération de recherche est de constituer une méthodologie pour la construction d'indicateurs de performance utilisés en médecine de premier recours permettant au médecin d'orienter ou réorienter sa pratique vers une meilleure qualité.

En pratique, nous proposons de mener le travail de recherche en plusieurs étapes. Conjointement au travail mené sur la notion de performance et de qualité en soins primaires en France et à l'étranger exposée au point précédent (A1), nous mènerons une analyse critique des indicateurs de performances produits en France et à l'étranger pour évaluer les soins de premiers recours. L'analyse portera notamment sur :

- la pertinence de la transposition d'un référentiel de bonne pratique, souvent établi au niveau de la prise en charge d'une pathologie isolée de son contexte, en indicateur de performance (le médecin qui fait 4 hémoglobine glyquée par an à ses patients diabétiques est-il plus performant que celui qui en fait 3 en moyenne) et dans quel cadre ?
- le niveau d'application (individuel ou collectif) de la norme. Les diabétiques doivent-ils tous avoir une hémoglobine glyquée inférieure à 7% ou est-ce la moyenne de l'hémoglobine glyquée des patients diabétiques qui doivent être inférieure à 7% ?
- l'étendue du champs d'application des indicateurs de performance : doivent-ils être définis au niveau d'une pathologie (ou d'une prise en charge préventive) ou doit-on raisonner au niveau de « groupe homogène de patients » ? Ainsi l'objectif ultime de 100% pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, prévu dans la convention médicale est-il réalisable sans tenir compte des femmes dont l'espérance de vie ne dépasse pas le délai d'évolution fatale d'un tel cancer ? (par exemple : les femmes en soin palliatifs, les femmes atteintes de pathologies graves très invalidantes) et des femmes refusant le dépistage
- la source d'information permettant d'évaluer les prises en charge élaborée par les professionnels. Ainsi l'évaluation de la capacité du médecin à gérer la iatrogénie induite par l'association de différents prescripteurs nécessite l'accès aux informations relatives à leurs prescriptions ainsi que des évènements qui ont pu conduire la générer ces prescriptions (hospitalisation, consultation en urgence, etc...).

Ce travail sera poursuivi par des « mises en situation réelle » d'indicateurs grâce à la base de l'OMG appariée aux données de l'assurance maladie. Cet outil permettra de tester la pertinence des indicateurs sur la trajectoire de soin (par exemple, le nombre de passage aux urgences des patients polypathologiques et polymédicamentés est-il un bon indicateur de la performance d'un médecin en matière de iatrogénie ?), pour des groupes homogènes de patients, pour la comparaison d'une approche individuelle ou collective dans la définition de la norme et de son incidence sur la consommation de soins des patients, etc...

Ce travail s'appuiera sur l'expertise métier de la SFMG, sur les travaux du CERMES et de l'IRDES sur les indicateurs (étude Asalée, étude sur la prescription d'antibiotiques, Compaqh), ainsi que sur l'observatoire de la Médecine générale.

La définition de la méthodologie de construction d'indicateur ainsi que la construction d'exemple d'indicateurs de performance, permettront dans la deuxième étape du projet de les tester auprès des différentes organisations qui auront été décrites.

## **B- AXE 3 - L'ANALYSE ECONOMIQUE**

Les réponses politiques aux difficultés de financement de la protection sociale et de la branche santé particulièrement ont peu varié, principalement axées sur la régulation de la

demande et peu ou pas sur l'offre. Les assurés sont aujourd'hui plus que jamais, au cœur des dispositifs de responsabilisation et d'incitations par la mise en place de restes à charge non assurables dans le cadre des contrats responsables : « ticket modérateur d'ordre public » (1€ sur tous les actes), dépassements pour non respect du parcours de soins et très récemment franchises médicales (médicaments, acte paramédical et transport). Parallèlement, la régulation de l'offre de soins est restée très timide même si la loi d'août 2004, qui introduit le principe du médecin traitant comme premier maillon « incontournable pour s'inscrire dans le parcours de soins » ouvre potentiellement la possibilité de redessiner indirectement les incitatifs économiques des offreurs.

### **B.1 - Les incitations des offreurs : « comment sont réellement rémunérés les offreurs ? »**

Le principe du médecin traitant a été introduit par la loi d'août 2004 dans le contexte de l'exercice médical libéral rémunéré par paiement à l'acte [1]. Les financeurs (le régime général [99] et les organismes complémentaires d'assurance maladie [29]) comme les médecins paraissent aujourd'hui favorables à une réévaluation voire une adaptation du mode de rémunération des médecins. Ces derniers semblent en effet, décrire et revendiquer des attentes nouvelles [9-32] en ligne avec des expériences récentes de différents modes d'organisation de leurs pratiques [33,34].

Le médecin n'est pas un agent parfait au sens économique du terme. La présence d'asymétries d'information et d'incertitude irréductible confère au médecin « un pouvoir discrétionnaire » lui permettant d'adopter des comportements stratégiques. La résolution de ce problème théorique passe par la mise en place d'un système « incitatif » qui distribue le « risque » de façon acceptable par tous les acteurs. Les modes de rémunération traduisent ainsi la forme du contrat passé entre les parties et recouvrent un vaste champ de possibles entre deux cas polaires que sont les paiements *rétrospectifs* (basés sur les coûts *a posteriori*, paiement à l'acte) et les paiements *prospectifs* (fixés *a priori*, moins dépendants de l'activité du médecin, salariat, le paiement *per capita*). De nombreux articles ont analysé l'impact des différents modes de rémunération en termes d'incitatifs implicites sur le comportement des médecins [35] selon deux types de recherche : des travaux théoriques d'une part, qui étudient dans le cadre de modèles microéconomiques, les propriétés incitatives des systèmes « purs » puis « mixtes » sur l'arbitrage réalisé par le médecin effort (réduisant les coûts de traitement) et qualité des soins fournis (formalisée par l'accès ou le coût de production du médecin, etc.) [36-43]. D'autre part, des travaux empiriques, essentiellement anglo-saxons [44,45] et canadiens [46], ont été menés en parallèle pour évaluer l'impact des différents modes de rémunération sur différents critères comme l'efficacité, l'accès, la qualité, etc. Dans le secteur hospitalier, conditionner une partie de la rémunération d'un producteur à sa performance qualitative est un moyen assez communément utilisé pour encourager l'effort de ce dernier à fournir un service de bonne qualité. L'introduction de ces incitatifs explicites ou paiements à la performance (P4P) pour rémunérer l'activité des médecins de ville, se développent dans de nombreux pays [47-49] mais pose néanmoins des problèmes tant sur la capacité de ces incitatifs à générer une plus grande efficacité des organisations de soins de premiers recours, que sur la nature de l'incitation (redistribution, prime, sanction) et des effets potentiellement pervers de ce type d'incitations [50].

La multiplication récente des modes contrastés d'organisation de soins de premiers recours atteste de choix individuels d'exercice différents des professionnels. On peut faire l'hypothèse que les relations « contractuelles », et notamment la réalité des incitations économiques, associées aux différentes structures sont aussi diverses que les modes d'organisation eux-mêmes. On peut aujourd'hui se demander si tous les médecins sont toujours payés à l'acte ?

Du point de vue opérationnel, ce travail portera sur l'échantillon des structures de soins de premiers recours constitué par l'équipe. La collecte de données sera réalisée sur la base d'une grille d'enquête fine et standardisée avec pour objectif de recueillir les données nécessaires à la reconstruction de la rémunération individuelle des professionnels. Ainsi, outre des données quantitatives et qualitatives standards (âges, sexe, année d'installation, changement de structure d'exercice, temps de travail, FMC etc.), des données sur l'activité des médecins (nombre de patients enregistrés, nombre de consultations/visites, RIAPS, indicateurs proposés par les délégués de l'assurance maladie, etc.), des données de revenus individuels et de financement des structures seront collectées (revenu des professionnels, subvention en nature ou espèce des structures, charge de personnel, etc.). La base de données précise et originale obtenue permettra après reconstitution des systèmes de rémunération individuels des professionnels de soins de première ligne, de construire une typologie de médecins selon leur système de rémunération réel.

Cette typologie permettra de déterminer si les médecins sont toujours tous payés à l'acte et sinon lesquels le sont et enfin dans quelles mesures les paiements sont mixtes et hétérogènes selon le mode d'organisation choisi par le professionnel.

Cette reconstruction des incitatifs économiques permettra de tester la validité des résultats théoriques sur l'impact des mécanismes de rémunération sur l'activité des médecins (volume et nature de l'activité). Par exemple, il s'agira de tester si le paiement à l'acte (vs un paiement prospectif) est inflationniste et conduit davantage les médecins à fournir des soins curatifs (vs préventifs). Ainsi, il sera particulièrement intéressant de tester les effets de ces incitatifs économiques mis en évidence dans les modèles théoriques sur les différentes dimensions de l'activité médicale (prescription, fourniture de prévention, durée de travail et durée des consultations, etc.) et sur la qualité des soins fournis. La qualité des soins est le plus souvent unidimensionnelle dans les modèles théoriques, nous utiliserons alors les outils de mesure de la performance développés et testés par l'équipe. Par ailleurs, si « l'information » est un des éléments favorisant la qualité, il sera intéressant d'étudier les conséquences des modes de rémunération réels sur la circulation de l'information entre les acteurs engagés dans le processus de soins au sein des différents modes d'organisation étudiés [43].

Enfin, il sera intéressant de tester les potentiels effets « pervers » ou « désincitatifs » de ces incitatifs économiques au regard de l'idée que les médecins de premiers recours se font de leur rôle. Il s'agira alors d'identifier et d'appréhender le poids relatif des autres incitatifs qui déterminent et influencent le choix du professionnel de s'inscrire dans une organisation particulière et d'y rester : arbitrage travail – loisir (qui peut ne pas être le résultat du seul arbitrage financier), partage de l'information avec d'autres professionnels, etc.

## **B.2 - Les préférences de la demande : « Quel consentement à payer des usagers (CAP) pour ces nouvelles structures ? »**

On peut faire l'hypothèse que la participation des usagers à l'élaboration de politiques publiques dans des domaines ciblés conduirait à une meilleure acceptation des réformes, notamment en santé. D'autres pays, comme la Grande Bretagne, en ont fait l'expérience. Si la qualité des soins est aujourd'hui au cœur des préoccupations de tous les acteurs (financeurs, professionnels de santé, usagers) et qu'elle est un enjeu majeur de la réorganisation de l'offre de soins de premiers recours, on peut interroger les usagers (assurés sociaux) sur leurs préférences en la matière et sur l'effort supplémentaire qu'ils seraient prêts à consentir pour bénéficier de soins de qualité [54]. Cette approche « participative » permettra d'informer les décideurs sur le caractère socialement acceptable et financièrement soutenable de l'amélioration de la qualité.

Cette opération de recherche a pour objectif d'évaluer la qualité des services offerts par les différents types d'organisation des soins de premiers recours (MSP, Pôles, Centres de santé, etc.) en interrogeant les usagers des structures de l'échantillon constitué par l'équipe sur leur CAP pour ces services. Il s'agit là de réfléchir aux conditions tarifaires de l'accès aux organisations des soins de première ligne, c'est-à-dire à la fixation des prix des services offerts (augmentation de la prime d'assurance, franchise, abonnement, etc.), en se basant sur les préférences des usagers vis-à-vis de l'amélioration de la qualité de la prise en charge que pourraient fournir les nouvelles formes d'organisations de soins [55]. Naturellement, nous serons amené à circonscrire le champ de la qualité du fait de la multiplicité de ses dimensions et le contenu de chacune d'elle. Si la distinction classique de la qualité des structures, des processus et des résultats [56] fait référence, le classement devient plus délicat dès lors qu'on s'intéresse au contenu de chacune des dimensions. Ainsi, la théorie économique a développé différentes méthodes d'évaluation des préférences des agents lorsqu'il y a absence de marché. Ces méthodes peuvent être groupées en 2 catégories : celle des préférences révélées reliée à l'observation des comportements et des décisions et celle de l'évaluation contingente issue de réponses à des situations hypothétiques [57]

Dans cette deuxième catégorie, on questionne directement les individus sur leur CAP pour une modification donnée (hypothétique) de leur environnement, en l'occurrence pour le sujet qui nous intéresse de leur qualité de prise en charge par le système de soins. Cette méthode permet par interrogation directe des individus de générer une estimation des mesures compensées de variation du bien-être. Un ensemble de procédures sont utilisées pour estimer la variation d'utilité *ex ante* de l'impact d'une politique comme les questionnaires directs, les jeux d'enchères ou les référendums. On décrit aux agents interrogés un marché contingent dans lequel on leur fait faire un choix. Par exemple, on décrit un scénario de prise en charge, visant à l'amélioration du délai d'obtention d'un rendez-vous chez le médecin, et on demande ensuite dans le questionnaire quel est le CAP de la personne enquêtée pour cette amélioration ainsi qu'un certain nombre d'autres questions. Cet exercice de choix exige donc la résolution par l'agent de deux problèmes: un problème de formulation de la valeur (choix sous contrainte budgétaire) et un problème de révélation de cette valeur (opportunité *et* comportement stratégique). Gardons en mémoire que « consentement à payer » et « capacité à payer » ne sont pas synonymes pour de nombreux économistes et que la question des biais (hypothétique, d'inclusion, etc.) est importante à prendre en compte [57].

Ce travail de recherche consistera à interroger un échantillon d'assurés sociaux (environ 250 personnes recrutées sur la base de l'échantillon de structures constitué par l'équipe) afin de leur demander de valoriser l'utilité que leur procurerait l'amélioration d'un certain nombre d'attributs de la qualité des soins qui serait offerte grâce par exemple aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires. On demandera aux personnes interrogées d'évaluer la transition entre l'utilité que leur procure leur prise en charge habituelle, pour cet attribut de qualité, et l'utilité que leur procurerait la prise en charge par une MSP pour ce même attribut. On proposerait pour chaque attribut (decomposed valuation scenario [58]) plusieurs scénarii de paiement (franchise, augmentation de la prime d'assurance, abonnement, ou autre) et on demanderait le CAP des personnes (grâce par exemple à la méthode des cartes de paiement).

Différentes étapes seront envisagées : grâce aux monographies détaillées qui seront faites des formes organisées des soins de premiers recours et à une revue de la littérature, il s'agira tout d'abord d'identifier les différents attributs de la qualité qui pourraient apparaître comme des « objectifs prioritaires ». Dans un deuxième temps, il s'agira de construire le questionnaire comprenant les différents attributs de qualité, de le valider et d'interroger les personnes sur leur CAP [59]. L'élaboration des scénarii hypothétiques est la phase la plus délicate de l'analyse contingente puisque la réussite de l'opération de recherche dépend de sa bonne compréhension. Le scénario doit fournir une description du bien à valoriser et du

fonctionnement du marché contingent, ce qui conduit à discuter la structure du marché et à proposer un mode de paiement. Il s'agira ensuite d'analyser la variance du CAP en fonction des caractéristiques des individus, démographiques et économiques, de leur environnement géographique et sanitaire, de leur consommation de soins, etc.

### **B.3 - L'étude des liens entre les formes d'organisations des soins de premier recours et leurs résultats en termes d'efficacité, d'efficience et d'équité.**

Devant la mise en évidence du caractère variable voire inapproprié de certaines pratiques médicales, de nombreux travaux ont cherché à mesurer et identifier les sources de l'hétérogénéité des pratiques médicales [60-68] ou plus directement à tester des politiques « d'implémentation » des recommandations de pratique médicale dans la pratique quotidienne [69,70], avec pour but ultime d'identifier les leviers possibles de l'amélioration des pratiques médicales.

Certains insistent sur la primauté des différences de préférences ou d'habitudes individuelles des médecins, qui elles-mêmes sont fonction de l'âge, du sexe, de la formation médicale, de l'apprentissage, mais surtout de l'appréhension de l'incertitude ou de la propension des médecins à se conformer aux pratiques dominantes locales. Pour eux, il est nécessaire de faire en sorte que les médecins endogénéisent les bonnes pratiques dans leurs processus de décision en soutenant notamment les politiques d'élaboration de recommandations de pratiques médicales et leur diffusion.

D'autres insistent davantage sur la primauté des différences dans le contexte social et organisationnel de la pratique comme : le mode de rémunération, le mode d'organisation ou encore le niveau de l'offre disponible. Ils émettent donc des réserves sur l'impact d'une approche centrée uniquement sur l'élaboration et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, surtout si elles sont faiblement interactives (mise à disposition de référentiels). Ils fondent plus d'espoir dans des interventions ciblées sur l'organisation des soins ou la régulation de la pratique [70] : regroupement [71,72], travail en équipe et coopération notamment entre généralistes et infirmières [73-75] et « disease management ». C'est ainsi par exemple que pour la prise en charge des pathologies chroniques comme le diabète cette association a démontré une supériorité aux autres démarches [76-85].

Nous faisons l'hypothèse que les pratiques de groupe et de coopération inter-professionnelles sont plus performantes qu'une pratique isolée de la médecine. Nous nous proposons donc d'investiguer, de façon globale, le lien entre les modes d'organisation, tels que mis en évidence et qualifiés précédemment, avec les pratiques de prise en charge des professionnels et leurs performances en termes de qualité ou d'efficacité, de coût et donc d'efficience.

Sur la base de terrains, déjà constitués dans le cadre d'autres recherches menées au sein de l'Irdes, de médecins généralistes volontaires et travaillant dans différentes configurations organisationnelles (ex : les médecins généralistes de l'association ASALEE), nous mettrons en œuvre des évaluations médico-économiques se basant sur des études ici-ailleurs, rétrospectives voire prospectives, avec la constitution de base de données associant information clinique et thérapeutique et de liquidation de l'assurance maladie, autant pour les organisations évaluées que leurs témoins (le témoin privilégié est l'OMG de la SFMG et son appariement éventuel aux données de liquidation de l'Assurance Maladie). Le calendrier de cette opération de recherche est donc conditionné par la réalisation des démarches réglementaires nécessaires et l'obtention des autorisations pour ce faire.

Cette analyse comparative concernera des domaines de prise en charge et des problèmes de santé clairement identifiés, comme par exemple la prise en charge du diabète de type 2, pour l'ensemble des patients (traités ou non). L'évaluation portera a priori sur les dimensions suivantes : 1/ l'efficacité : nous nous appuierons autant sur la mesure des processus (ex. pour

le diabète la réalisation des examens recommandés, à la fréquence recommandée) que des résultats de la prise en charge, tant d'un point de vue « objectif » (ex. pour le diabète il peut s'agir du contrôle de l'équilibre glycémique...) que subjectif (qualité de vie, satisfaction) ; 2/ l'équité : nous évaluerons les différences en termes d'accessibilité dans le temps (délais d'attente), l'espace (temps et distance d'accès) et financier (les reste à charge) ; 3/ l'efficacité : nous mettrons en regard ces résultats avec les coûts, en tenant compte des coûts pour l'assurance maladie de l'ensemble de la trajectoire de soins (les passages en ville comme à l'hôpital).

Pour autant il s'agit là de choix à priori, et nous pourrions choisir et tester d'autres dimensions de résultats de suivi de la performance en nous appuyant sur les travaux menés dans les axes 1 et 2 sur le cadre d'analyse des organisations et les dimensions et outils d'analyse de la performance.

## **C - ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION ET DE COLLABORATION EN SOINS DE PREMIER RECOURS**

L'analyse des dynamiques professionnelles dans les nouvelles formes d'organisations des soins de premiers recours passe par deux approches : une approche micro qui étudie comment au sein d'organisations contrastées se négocie le partage des tâches entre groupes professionnels au regard de leurs enjeux respectifs ; une approche macro qui étudie en quoi les arrangements institutionnels actuels entre professionnels et régulateurs formatent les négociations locales et leurs résultats et réciproquement.

### **C.1 - Approche micro : analyse sociologique des modalités de négociations sur le partage des tâches.**

Dans plusieurs pays européens, des évolutions au sein du système de soins de premiers recours se sont traduites par une réorganisation de la division du travail entre groupes professionnels [86] et l'apparition de nouveaux professionnels, permettant aux médecins de réduire leur charge de travail en déléguant certaines tâches jugées consommatrices de temps et/ou dévalorisantes ou « moins nobles » aux professionnels moins diplômés. Au Royaume Uni et aux Pays-Bas, ce processus a conduit à la transformation de nombreux cabinets traditionnels en véritables organisations dans lesquelles collaborent plusieurs catégories de professions de la santé [72]. Aux Pays-Bas, cette réorganisation a concerné essentiellement le partage des tâches médicales et paramédicales entre médecins, infirmières, assistantes médicales. Elle repose sur un *travail préalable de catégorisation (tri) des patients* selon l'âge du patient, la nature de la maladie (chronique/ aigue, mental/ somatique, etc..) et *son intensité* (urgence, gravité) déterminant ainsi lequel des professionnels (médecin, infirmière, assistante) va traiter le patient [88]. Ce partage des tâches qui a renforcé le développement et l'utilisation de protocoles de standardisation du travail médical [89], prend plusieurs formes selon les objectifs : la substitution/délégation où le médecin gardant la responsabilité transfère à une activité à un professionnel généralement moins diplômé vise à augmenter la productivité ; la diversification des tâches reflète une extension des services offerts par les cabinets de soins de premiers recours [90], pouvant conduire au recrutement d'une personne « experte » pour une pathologie chronique (diabète, hypertension) pour l'éducation thérapeutique ou la prévention (tabagisme, obésité, santé des jeunes, etc.). Cette segmentation des services a généré de nouvelles catégories de professionnels (« nurses practitioners ») spécialement formées pour assurer des tâches relevant jusqu'ici de la compétence des médecins (examens physiques, pose de diagnostic, actes techniques, suivi de malades chroniques, etc.). Des espaces de la pratique clinique sont devenus d'« hybrides » [88] à la frontière des domaines médicaux et

infirmiers conduisant parfois à un exercice autonome des infirmières pour mener des consultations médicales et prescrire une gamme relativement large de médicaments [91]. Cette reconfiguration de l'organisation du travail apparaît comme le résultat de nombreuses négociations passées ou en cours, ayant donné lieu à des conflits du fait des enjeux qu'ils recouvrent. Nous souhaitons retracer ou observer les différentes étapes de ces négociations pour comprendre et analyser les différentes logiques et enjeux professionnels sous jacents aux redistributions des tâches et les configurations en résultant : Délégation ? Substitution ? Diversification ? dans quels champs d'activité ? et dans quelle proportion ? Le médecin généraliste, gardant son rôle traditionnel de médecin de famille, va assumer un rôle nouveau : celui de médecin en charge de gérer une organisation plus ou moins structurée de délivrance de services au sein de laquelle exercent divers professionnels dotés de compétences propres et revendiquant un statut spécifique. Pourquoi et selon quels critères, les médecins vont-ils décider de transférer des tâches ? A qui ? A qui sera confiée la tâche de coordinateur effectif des soins ? Quel impact du « médecin traitant » sur les choix faits ? Ces questions se retrouvent du côté des infirmières : selon quels critères, les infirmières acceptent-elles les tâches redistribuées par les médecins ? Quelles sont les marges de manœuvre dont elles disposent ? Sont-elles à l'initiative de nouvelles activités ? A terme des évolutions plus marquées sont-elles susceptibles d'intervenir ? Verra t-on les infirmières réaliser, sous la supervision du médecin, des tâches autrefois réservées à ceux-ci ? L'incorporation dans l'activité infirmière des tâches d'ordre médical vont-elles et à quel degré contribuer à une redéfinition des frontières établies entre ces deux domaines ? Verra t-on l'apparition de nouveaux métiers, du type « assistants médicaux » à qui les médecins confieraient des activités relevant auparavant de la responsabilité des infirmières. Selon quels critères, et avec quels enjeux les médecins décideront-ils de transférer des tâches ? Quels effets ceci aura-t-il sur les rapports entre infirmières et médecins ? ...

## **C.2 - Approche macro : le rôle des facteurs institutionnels**

Ces évolutions, étudiées dans l'approche micro, se font dans des contextes institutionnels spécifiques puisque parallèlement à ces transformations, on observe dans les deux pays, une aspiration des infirmières à diversifier leurs activités et à une plus forte professionnalisation. Ce mouvement s'est manifesté par un ensemble d'initiatives menées par les représentants de ce groupe professionnel pour conforter leur expertise spécifique : en accentuant un apport pour traiter des dimensions psychosociales de la maladie ; en revendiquant un rôle majeur dans l'éducation thérapeutique ; en élaborant des modèles théoriques (diagnostics infirmiers) et opérationnels (Plan de soins infirmiers PSI) témoignant de la spécificité de leur métier. Dans le même temps, la profession cherchait également à se spécialiser dans le suivi de certaines pathologies chroniques dans le but « d'élever » leur profession auprès des médecins [91]. On assiste donc à un double phénomène : pour les médecins, il s'agit de garantir des réponses plus adaptées à des demandes croissantes de soins tout en s'assurant une qualité de vie satisfaisante sans perdre le contrôle de ces nouvelles formes d'organisation des soins ; pour les infirmières il s'agit tout en diversifiant leurs activités de développer une plus grande autonomie par une professionnalisation les rapprochant à terme des médecins.

En France, la réorganisation plus collective et pluri professionnelle des soins de premiers recours se fait dans un contexte plus tendu. La redistribution des tâches envisagées aujourd'hui semble en effet vécue comme susceptible de remettre en cause le très fort contrôle exercé par le corps médical sur l'organisation et les champs d'activité des autres professionnels du soin [93]. Les expérimentations de ces cinq dernières années pourtant très encadrées qui visaient à instaurer un nouveau partage des tâches, compétences et responsabilités entre médecins et les autres professionnels du soin, ont suscité de la méfiance

de la part d'une partie de l'institution médicale et particulièrement de certaines organisations d'infirmières libérales qui s'alarment du statut de « salariés des médecins ».

Les modifications de la demande sociale, traduites notamment par la loi du 4 Mars 2002 sur la qualité du système de santé et les droits des usagers et des malades, ont déstabilisés un grand nombre de médecins qui ont perçu ces nouvelles exigences comme une remise en cause de leur position dans la relation au malade. L'expertise acquise par les malades chroniques sur leur pathologie et leurs traitements questionne la légitimité des seuls praticiens à définir les trajectoires de soins des malades. Enfin, la demande d'informations sur le fonctionnement des structures de soins (hôpitaux) s'étend au secteur ambulatoire. Les associations de malades et d'usagers interviennent dans les instances de concertation ou de décision où leur présence est légalement requise (conseil régionaux et nationaux de santé) ou encouragée (dans le cadre des Sros<sup>3</sup> pour définir l'offre de santé dans territoire). Elles sont présentes dans le débat sur la prise en charge des ALD et les franchises tout en menant des actions dans le champs qui relèvent de leurs missions propres. Les malades et les usagers constituent tant sur le plan individuel et collectif de nouveaux acteurs dont l'influence respective sur les modes de construction et la nature des futures formes organisées de pratiques dans les soins de premiers recours méritent d'être prises en compte et analysée par une approche sociologique complétant l'analyse économique de leurs attentes.

On s'interrogera donc sur l'impact du contexte institutionnel et professionnel dans lequel la redistribution des tâches se déroule dans notre pays en analysant les prises de position et les actions des différents acteurs institutionnels (régulateurs étatiques et des caisses ; syndicats, organisations professionnelles, associations de malades et d'utilisateur) à l'égard de ces transformations. Du côté des usagers, on s'interrogera sur leur réaction face à ces transferts de tâche en cascade ? Quels sont ceux qu'ils acceptent ? Qu'ils refusent (partiellement ou absolument ?) qu'ils apprécient ? Et pourquoi ? Ont-ils été impliqués à un moment dans le processus de redistribution ? De manière explicite et si oui, sur quels champs et comment ? Sinon, en quoi la manière dont les différents professionnels les « constituent en tant que patients » a-t-elle pu influencer les choix ?

### **C3- Méthodologie des approches sociologiques**

Nos travaux s'appuient sur l'analyse de la littérature internationale et les travaux réalisés sur le partage des tâches et l'évolution des rôles professionnels au sein des cabinets de groupe aux Pays Bas (Sophia Rosman), sur l'évolution des rôles professionnels dans les réseaux de soins (Bourgueil, Naiditch) et dans le cadre des expérimentations Berland (Bourgueil). Nos terrains seront constitués par différents types d'organisation de soins de premiers recours (cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé, ASALEE...).

Dans le cadre des monographies des différents types d'organisation de soins de premiers recours réalisées par l'équipe, nous mobiliserons principalement trois méthodes d'enquête qualitatives.

Pour l'approche micro, des entretiens semi-directifs seront menés avec les différents groupes professionnels exerçant dans les organisations étudiées : médecins, infirmières, assistantes, éventuellement autres groupes professionnels (étudiants en médecine, administratifs,...) ; de l'observation *in situ* des consultations, des visites à domicile, des réunions de travail, des moments informels (déjeuner, pause café, etc.) ; puis des analyses des archives des organisations de soins (projets du centre, rapports annuels, compte rendu de réunions, etc.).

Pour l'approche macro, des entretiens seront menés avec les associations professionnelles, avec les membres d'associations de malades et d'usagers (focus usagers), avec les institutions intervenant dans le développement de ces nouvelles formes d'organisations.

Ces études permettront de mieux comprendre : comment fonctionnent les différents types d'organisation de soins primaires en termes de répartition des activités. En quoi elles se

ressemblent et en quoi elles se différencient ; comment et en quoi les différences de configurations résultent de l'interaction entre dynamiques professionnelles locales, régionales et nationale ; en quoi les usagers ont contribué à leur construction et si elles répondent à leurs attentes ; enfin, comment elles se situent par rapport aux expériences étrangères (RU,PB, Suisse)

## **D – CONSTRUCTION D'OUTIL DE RECHERCHE**

---

### ***La constitution d'une base de données de référence associant des données cliniques et des données de liquidation***

Toute recherche évaluative sur l'organisation des soins de premiers recours se confronte à la nécessité de produire des données de référence à des fins de comparaison. Ainsi dans le cadre d'une évaluation médico-économique d'une expérimentation de coopération médecin infirmière dans le suivi des patients diabétiques, l'IRDES a sollicité en 2007, la SFMG par le biais de l'Observatoire de la Médecine Générale, afin de constituer un échantillon témoin. Il a ainsi été possible de comparer l'effet de la coopération médecin infirmières à la pratique standard au regard des résultats biologiques, en l'occurrence la mesure du taux d'HbA1c. L'Observatoire de la Médecine Générale permet donc de fournir en routine un ensemble de données biologiques et cliniques.

Il nous paraît essentiel de renforcer sa représentativité mais également le type d'analyse en y associant une dimension économique. Pour cela, le développement de l'observatoire passe par deux axes :

**Une augmentation du nombre d'investigateurs.** Cette démarche est en cours de réalisation par les partenariats avec des Union Régional des Médecins Libéraux notamment. Une montée en charge de l'OMG est prévue et les objectifs sont les suivants :

- le développement de nouveaux extracteurs de données des logiciels permettant de passer de 2 à 6 logiciels compatible avec l'Observatoire de la Médecine Générale. Ainsi les médecins équipés de ces logiciels auront la possibilité technique de devenir investigateur de l'OMG.
- La constitution de groupe d'investigateur régionaux dans le cadre d'un partenariat avec les URML donnant la possibilité à ces dernières de disposer d'un site miroir de l'observatoire national. Trois URML sont rentrées dans la démarche, d'autres sont en négociation. Des critères de représentativité des médecins sur l'âge, le sexe et le secteur d'installation guideront ce recrutement.
- La poursuite du recrutement national afin de doubler rapidement le nombre d'investigateurs.

### **L'appariement des données de remboursement avec les données cliniques des patients des médecins de l'OMG.**

Si l'Assurance maladie dispose aujourd'hui d'information, sur le codage des actes pratiqués en médecine de ville, (actes de consultation, actes techniques, médicaments, biologie), sur les hospitalisations (PMSI), et sur certaines caractéristiques des assurés (âge, sexe, ALD, Cmu-C), le lien avec les pathologies ou les motifs à l'origine des recours, les autres caractéristiques des patients comme leur « histoire clinique » et certaines décisions thérapeutiques des professionnels, reste inexistant. Il n'est donc pas possible aujourd'hui d'appréhender correctement les trajectoires des patients, les parcours de soins, la place du médecin traitant dans ce parcours, les pratiques des professionnels de santé et les coûts associés. Cette situation perdure alors même que de nombreux acteurs du système de santé s'accordent pour dire toute l'importance qu'il y aurait à disposer d'une base de données associant diagnostics

et motifs de recours aux soins aux prescriptions et aux autres consommations de soins des patients (IRDESI 2006). Le projet de Dossier médical personnel, dont le contour n'est toujours pas défini et dont les possibles d'utilisation à des fins de recherche restent très hypothétiques, ne semble pas, du moins à court ou moyen terme, pouvoir répondre aux questions posées (Cases et Le fur 2006).

Objectif : Nous nous proposons dans ce projet d'équipe émergente de relier les informations recueillies par les médecins du panel de l'OMG auprès de leurs patients à l'ensemble des données de prestations versées par l'Assurance maladie et détenues par les caisses.

Méthode : Compte tenu de la structure des bases de l'Assurance maladie aujourd'hui, l'appariement de données recueillies auprès des médecins pourrait se faire à partir du SNIIRAM.

Celui-ci comporte, pour chaque patient identifié par un numéro anonyme construit par double cryptage irréversible à partir du numéro d'inscription au répertoire, du sexe et de la date de naissance, l'ensemble des prestations versées pour ce patient. Un premier cryptage est réalisé par un tiers de confiance, l'INSEE, puis les données sont à nouveau cryptées par les services de l'Assurance maladie. Dans ce fichier, les professionnels de santé sont identifiables par leur numéro d'agrément.

Pour pouvoir réaliser l'appariement des données des patients des médecins du panel, il est donc nécessaire de disposer de leur numéro de sécurité sociale, du sexe et de la date de naissance et de soumettre ces informations à la même procédure de double cryptage avec intervention d'un organisme tiers, puis de l'Assurance maladie.

La mise en place de cet appariement nécessitera d'obtenir l'autorisation de la CNIL, de tous les organismes concernés ainsi que, bien entendu, l'accord du patient. Il sera nécessaire de mettre en place une organisation spécifique (maitrise d'œuvre, maitrise d'ouvrage, conseil scientifique...) permettant de réaliser ce projet.

Un tel projet nécessitera en premier lieu l'accord et l'intérêt de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. En effet, si une grande partie du projet peut être réalisé en mobilisant les compétences et l'expérience des statisticiens de l'IRDES pour monter le dossier technique et la demande auprès de la CNIL, en partenariat avec les responsables techniques et opérationnels de l'OMG, la CNAM doit s'impliquer dans cette opération en mobilisant de son côté des ressources humaines et techniques afin de participer à la solution technique et de réaliser les extractions au sein du SNIIRAM.

Un calendrier de deux à trois années nécessaire pour obtenir un appariement des données de remboursement avec les données de l'Observatoire de la Médecine Générale.

La première année sera consacrée au montage du dossier technique et dossier CNIL, la réception des autorisations et la réalisation d'un premier test.

La deuxième année permettra de réaliser un appariement sur les données de l'année deux ans avant, en raison du temps de remontée long (deux ans) des données d'hospitalisation dans le SNIIRAM. Des ressources statistiques propres à l'IRDES devront être affectées au projet

La SFMG s'intéresse au notion de hachage (FOIN) et à déjà pris contact avec la CNAMTS afin d'envisager les conditions d'analyse de la production de soins des médecins au regard de la trajectoire globale des patients pris en charge.

Une fois constituée au terme de deux années, une telle base pourra être utilisée dans différents contextes dans ce projet :

- Elle permettra de tester des indicateurs de performance en situation réelle permettant d'affiner rapidement la faisabilité et la pertinence des indicateurs définis.
- L'échantillon des médecins de l'OMG pourra servir de témoin dans les démarches d'évaluation médico-économiques des organisations de soins de premiers recours à l'instar de ce qui a été expérimenté en 2007 avec l'évaluation du projet ASALEE
- Les médecins membres de l'OMG, exerçant selon des configurations variées (groupe, solos, urbains, rural) pourront être sollicités pour participer à la réalisation de l'étude monographique initiale. Pour ces médecins producteurs de données, il sera alors possible d'explorer les liens entre l'organisation des médecins, des données de pratiques cliniques, des données de trajectoire de soins de patient et des données de coûts.

### **III - COMPOSITION DE L'EQUIPE DE RECHERCHE : PLURIDISCIPLINARITE ET PERSPECTIVE D'UNE EQUIPE PERENNE A TERME**

---

L'équipe émergente pour laquelle nous demandons le financement sera localisée à l'IRDES. Elle est animée et coordonnée par Yann Bourgueil directeur de recherche à l'IRDES. Elle s'inscrit d'emblée dans un partenariat étroit avec deux autres organisations que sont l'équipe 4 du CERMES et la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Elle se distingue des équipes émergentes traditionnelles dans la mesure où elle rassemble des chercheurs déjà confirmés, ayant eu pour la plupart de nombreuses collaborations par le passé. Ce partenariat vise au-delà du programme de recherche que nous avons défini sur les quatre prochaines années à constituer une masse critique de compétences, ainsi que les capacités à produire des données et des méthodes pour développer la recherche sur les services de santé en soins de premiers recours. Ce partenariat est constitué de 5 chercheurs de l'IRDES (économie, médecine, santé publique), 5 chercheurs en sciences humaines et sociales du CERMES (économistes, économètre, sociologue, chercheur en gestion) et 3 médecins de la SFMG impliqués dans des travaux de recherche en médecine générale depuis plusieurs années. La spécificité de ce partenariat réside dans la pluralité et la complémentarité des compétences des membres de l'équipe qui constituent deux atouts indispensables au développement des axes de recherche présentés dans cette proposition. Ce partenariat s'inscrit dans la durée. Sur la base de la signature d'une convention de recherche qui lie les parties sur 4 ans, le responsable de chaque institution s'engage à soutenir la dynamique collective dans la perspective d'une forme institutionnelle spécifique à terme (Cf. courriers joints).

#### **La Société Française de Médecine Générale**

Créée en 1973, la Société Française de Médecine Générale, est une association type Loi de 1901. Animée par un conseil d'administration de 25 médecins, ses 1200 membres sont répartis sur toute la France. C'est une structure employant 8 salariés dont un médecin s'occupant du département de l'information médicale (DIM) et un analyste-programmeur. L'article n°2 de ses statuts résume ses objectifs : "Cette association a pour but de promouvoir la médecine générale. A cet effet, l'association favorisera la recherche et l'action dans les domaines scientifiques, biologiques et économiques propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille. Elle s'attachera à développer par tous les moyens la recherche fondamentale en médecine de famille". La SFMG est reconnue depuis 1993 comme société savante par l'Ordre National des Médecins, elle est l'un des deux représentants officiels de la France à la WONCA (World Organisation of Family Doctors), membre de la Fédération des Sociétés Nationales de Spécialité Médicale et du Comité d'Interface INSERM - Médecine

Générale. La SFMG est reconnue comme organisme de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Elle est à l'origine du développement des Groupe de Pairs en France, tout en élaborant un thésaurus de médecine générale et un réseau de médecins volontaires informatisé, la SFMG s'est toujours intéressée aux problèmes d'organisation des soins. Ses travaux récents sur la prise en charge des maladies chroniques en médecine générale à fait ressurgir la problématique du lien entre qualité de prise en charge et système de soins, occasion de partenariats avec l'IRDES et le CERMES. Parallèlement elle a continué à développer son réseau de médecins informatisés, l'Observatoire de la Médecine Générale. Cet entrepôt de données, est aujourd'hui indispensable aux études de la SFMG et notamment à ses partenariats nationaux et internationaux. Au 1<sup>er</sup> mars 2008, l'entrepôt de données contient les données de 160 médecins, 690 000 patients, 6 millions d'actes, 6 millions de données paracliniques, 8 millions de diagnostics, 14,6 millions de lignes de prescription et 0,5 million d'AT, imagerie, recours. La SFMG travaillera en collaboration avec le département de médecine générale de l'université Paris Ouest Ile de France intégrant des directeurs de thèse de médecine, des chefs de cliniques de médecine générale, des thésards.

### **Les chercheurs du CERMES**

Le thème central de l'équipe 4 du CERMES est celui du processus de rationalisation à l'oeuvre dans les systèmes de santé des pays développés; Les recherches engagées par cette équipe ont 3 caractéristiques communes : 1/ L'approche pluridisciplinaire d'un même objet de recherche « touché par la rationalisation » le plus souvent économique (économétrie), sociologique, et de santé publique. 2/ Une part importante de la recherche consacrée à l'analyse empirique des comportements des acteurs du système de santé, au sens du recueil structuré d'informations quantitatives et qualitatives permettant des tests d'hypothèses, l'élaboration de cadres d'interprétation et également l'évaluation des services. Les méthodes mobilisées sont celles de la statistique (modèles d'ajustement en économétrie, méthodes de statistique exploratoire, biostatistiques) et les méthodes qualitatives de la recherche en sciences sociales. 3/ La vocation des résultats de cette recherche à être applicables, c'est à dire de contribuer à une transformation positive des services de santé.

Les travaux réalisés ces dernières années par les membres de l'équipe 4 du Cermes participant à PROSPERE ont été consacrés d'une part, à l'analyse du comportement des producteurs de soins, et plus spécifiquement à l'étude de la variabilité des pratiques en médecine générale et d'autre part, à l'étude de la qualité comme principe de régulation à l'hôpital. Ils ont donné lieu à de nombreuses publications parues dans des revues internationales.

### **Les chercheurs de l'IRDES**

L'IRDES institut de recherches appliquées mène depuis de nombreuses années des travaux dans le domaine des soins ambulatoires. L'organisation des services de santé a été investiguée notamment par les travaux relatifs aux réseaux de soins et de santé (Guide Image – CREDES puis IRDES, évaluation réxicard). Les études internationales sur la pratique de groupe (réf), la coopération médecin-infirmière en soins primaires et l'organisation des systèmes de soins primaires ont été prolongées dans le contexte français par une enquête sur la pratique de groupe auprès des médecins généralistes bretons (réf), l'évaluation de la coopération médecin infirmière dans le cadre de l'expérience ASALE, et plus récemment par le lancement d'une évaluation des centres de santé municipaux et notamment leur contribution à la réduction des inégalités de santé et par une étude similaire auprès d'un échantillon de 10 maisons de santé (enquête en cours). L'IRDES participe à des réseaux européens de recherche (bertelsman), est inscrit dans plusieurs projets européens en lien avec le champ des soins primaires (PHAMEU et Long Term care avec le NIVEL, Intelinks). Sa connaissance des données de remboursement de l'assurance maladie, ainsi que des méthodes et outils d'enquête auprès des

professionnels ou en population générale y est unique dans le contexte français. L'appariement des données relatives à la consommation de soins des patients enquêtés dans l'enquête ESPS permet de nombreuses analyses médico-économiques.

## **IV – RESULTATS ATTENDUS DE LA RECHERCHE**

---

### **A. Support à la problématisation et participation aux évaluations d'expérimentations tarifaires et de nouvelles formes d'organisation des soins de premiers recours**

Des perspectives d'expérimentation tarifaires et de nouveaux modes rémunération et de contractualisation sont envisagées et annoncées par l'article 44 I. de la LFSS pour 2008 publiée le 21 décembre 2007. Sans préjuger des modalités de leur mise en œuvre ni de leurs agendas, nous nous inscrivons dans la perspective d'une évaluation de ces expérimentations. Les travaux que nous nous proposons de mener nous paraissent pouvoir donner des résultats mobilisables dans une perspective d'action publique selon deux aspects complémentaires.

A.1 – Une aide à la définition des attendus et des objectifs d'initiatives expérimentales ou de généralisation portant soit sur les modalités de rémunération, soit sur des formes d'organisations spécifiques, soit les deux. L'analyse approfondie des formes d'organisations existantes selon les axes d'analyses que nous avons envisagés peuvent nous aider à comprendre les équilibres économiques et sociaux en place et révéler des mécanismes de rémunération mixtes déjà opérationnels. De même, nous pourrions également analyser et révéler des modalités de collaboration déjà efficaces et acceptables pour les acteurs du système de santé, usagers et professionnels. La nature des incitations, des modèles d'organisation et des méthodes de mesure de la performance qui pourraient être expérimentées pourrait être mieux définies par les éléments de connaissance apportés par les travaux de l'équipe PROSPERE.

A.2 – Une participation à l'évaluation des expérimentations. Il s'agira alors de mobiliser les cadres d'analyses produits et testés dans une perspective comparative. En pratique, nous nous proposons d'observer et d'analyser les effets en termes économiques, sociologiques, de santé publique et médicaux des expérimentations qui se mettront en place dans les deux années à venir. Ces travaux pourront également mobiliser l'outil d'évaluation constitué par l'OMG apparié avec les bases de données de l'assurance maladie. D'une façon générale cet outil pourra aussi être mobilisé pour la conduite de travaux de recherche en médecine générale et soins de premier recours.

### **B. Valorisation et diffusion des travaux**

#### **B.1 - Plusieurs types de publications sont envisagés dans le cadre du projet PROSPERE. Ils correspondent aux publications menées par chacun des partenaires et s'adressent à des publics différents.**

Plusieurs publications à caractère scientifique dans des revues à comité de lecture sont envisagées. Elles seront portées par les membres de l'équipe qui souhaitent publier. Les travaux pourront s'adresser selon les auteurs et les perspectives adoptées à des revues disciplinaires en économie, médecine, sociologie et santé publique. Nous viserons les publications internationales dans les revues européennes ou anglo-saxonnes

L'IRDES qui possède ses propres publications périodiques pourra constituer un support de diffusion des travaux qui sera également amplifié par l'information sur le site WEB et la lettre informatique mensuelle, également largement diffusée. Les travaux plus complets pourront également faire l'objet de rapports directement accessibles en téléchargement sur le site de l'IRDES.

La SFMG pourra également diffuser ses résultats par ses canaux de diffusion de l'information et relayer les résultats des travaux auprès du monde professionnel.

Il est également parfaitement envisageable eu égard aux compétences informatiques et WEB présentes à l'IRDES de constituer un site spécifique au projet PROSPERE qui pourrait être accessible en consultant le site de chacun des partenaires.

## **B.2 - Séminaires**

Le projet PROSPERE prévoit l'organisation de séminaires restreints à l'équipe avec selon les cas participation de chercheurs français ou étrangers invités. Ces séminaires se distinguent de ceux qui visent à diffuser ou discuter les travaux avec un public élargi et divers. Nous avons prévu de tenir un séminaire élargi avec participation d'experts ou de chercheurs étrangers en associant des expériences françaises sur la thématique de l'évaluation des organisations de soins primaires. Ce séminaire pourra se tenir tous les deux ans, à mi parcours et au terme du programme de recherche. Il pourra donner lieu à la publication d'actes.

Enfin, les travaux de l'équipe PROSPERE pourront également être présentés en séminaire de recherche à l'IRDES, la SFMG ou au CERMES.

## **B.3 -Enseignement, formation, stages**

A l'occasion du dépôt de dossier de renouvellement du Master 2 Recherche de Santé Publique de Paris XI à l'automne 2008, Nathalie PELLETIER-FLEURY, responsable des enseignements de la spécialité Economie de Santé dans ce Master, propose d'ouvrir à la rentrée universitaire 2009-2010 un module de recherche sur les soins de premier recours adossé à l'équipe PROSPERE. Ce module offrirait une approche pluridisciplinaire sur le thème de la réorganisation de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours :

- Apport de la performance hospitalière à la médecine de soins de 1<sup>er</sup> recours
- Analyse économique des incitations des offreurs et des préférences de la demande
- Analyse sociologique des dynamiques professionnelles
- Analyse critique des indicateurs et des normes au regard des données disponibles

Cette activité de formation « magistrale » pourra être complétée par l'accueil de stagiaires aussi bien à l'IRDES qui accueille déjà de nombreux étudiants (internes de santé publique, étudiants de l'ENSAI et de l'ENSAE, étudiants de Masters) qu'au sein du CERMES et de la SFMG.

## **C – THESES et HDR**

Yann Bourgueil et Julien Mousques chercheurs de l'IRDES particulièrement investis sur le projet de cette équipe ont pour objectifs respectifs de passer pour le premier une Habilitation à Diriger des Recherches dans le domaine de la santé publique/recherche sur l'organisation des services de santé et pour le second de passer une thèse sur titres et travaux

en économie de la santé. Le projet PROSPERE constitue l'occasion de capitaliser des travaux passés et en cours dans une visée de publication auprès de revues à comité de lecture.

Nathalie Pelletier Fleury est actuellement engagée dans la réalisation d'une HDR qu'elle devrait soutenir prochainement. Elle pourra alors encadrer un jeune thésard, actuellement en stage de Master à l'IRDES sur la durée du projet PROSPERE.

Enfin, Philippe Boissault, enseignant au département de médecine générale de l'Université Versailles St Quentin en Yvelines, s'est vu reconnaître la mission de faire le lien entre le département de médecine générale de l'université Paris Ile de France Ouest (PIFO) et l'équipe PROSPERE. Cette configuration permettra d'accueillir des étudiants en médecine de troisième cycle, des chefs de clinique et de jeunes chercheurs au sein de l'équipe.

## **V - PERSPECTIVES ULTERIEURES**

---

### **V.1 – Encadrement et formation à la recherche**

Le projet PROSPERE s'inscrit dans une visée à moyen terme, au-delà du programme de quatre années qui est présenté dans le projet. Il vise à bâtir une capacité d'encadrement et de formation de jeunes chercheurs issus de disciplines telles que l'économie, la médecine, la santé publique et la sociologique dans le domaine de la recherche sur les services de santé. C'est par l'association des compétences et des potentialités de chaque partenaire dans l'équipe que la masse critique d'encadrement nous paraît pouvoir se constituer. Le financement apporté par la subvention IRESP permettra pour les chercheurs de l'IRDES de dégager le temps nécessaire à l'écriture et la soumission d'articles auprès de revues internationales et françaises à comité de lecture et d'accéder ainsi à la capacité d'encadrement et de formation à la recherche, conditions nécessaires pour consolider l'initiative et permettre sa croissance.

### **V.2 – Partenariats et développements de travaux internationaux et européens**

La faiblesse des moyens et ressources allouées aussi bien à la recherche en santé publique qu'à la recherche en médecine générale nous conduit à envisager un ensemble de partenariats. Ceux –ci pourront être développés d'une part avec des équipes universitaires de médecine générale qui seraient intéressées à collaborer sur des projets et des thématiques communes. Ils pourront également se construire en direction des équipes de santé publique universitaires déjà investies dans le domaine de la recherche sur les services de santé.

Enfin, l'engagement déjà important des chercheurs de l'équipe dans les approches internationales mais également les réseaux européens sera poursuivi, non seulement dans une visée comparative, mais également dans une visée de développement, d'échanges et de production conjointe.

## **ANNEXES**

**Calendrier**

**Equipe**

**Références bibliographiques**

---

Axes de recherche	Opérations de recherche	2009				2010				2011				2012			
		1 trim	2 trim	3 trim	4 trim	1 trim	2 trim	3 trim	4 trim	1 trim	2 trim	3 trim	4 trim	1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
Axe 1 - L'élaboration d'un cadre d'analyse des organisations de soins de 1er recours et Axe 2 - Vers un cadre d'analyse de la performance des organisations de soins de 1er recours	Revue de la littérature: analyse et l'évaluation des organisations des soins de 1er recours; indicateurs de performances dans les soins de 1er recours																
	Discussion critique de la revue de la littérature et atelier de travail trimestriel avec des chercheurs français et étrangers invités																
	Production d'un outil conceptuel et opérationnel de description des formes d'organisation des soins de premiers recours et de mesure de la performance																
	Selection des structures de soins de 1er recours intégrés (CDS, MSP, CG...) volontaires pour l'enquête "organisationnelle et économique"																
	Test de ces indicateurs auprès de l'OMG avec appariement aux données de l'assurance maladie																
	Terrain d'enquête monographique "organisationnelle et économique"																
Axe 3 - Analyse économique C.1 - Les incitations des offreurs : et C.3 - Le liens entre efficacité, efficience , équité et nouvelles formes d'organisations	Construction des questionnaires "rémunération" et "efficacité, efficience et équité" de l'enquête monographique "organisationnelle et économique"																
	Définition des requêtes complémentaires sur l'activité, l'efficacité et les coûts, des professionnels de santé auprès de l'Assurance Maladie et démarches réglementaires																
	Terrain d'enquête monographique "organisationnelle et économique"																
	Requêtes complémentaires sur l'activité la qualité, l'efficacité et le coût des professionnels de santé auprès de l'Assurance Maladie																
	Reception des données, contrôle qualité et mise en forme																
	Analyses des liens: entre mécanismes de rémunération et activité ; entre efficacité, équité, coût																
Axe 3 - Analyse économique C.2 - Préférences de la demande et consentement à payer des usagers (CAP)	Valorisation et diffusion des résultats																
	Lister les différents attributs de la qualité qui pourraient apparaître comme des « objectifs prioritaires » et construction du questionnaire sur le CAP																
	Construction de l'enquête en population d'assurés sur le CAP																
	Realisation du terrain d'enquête en population d'assurés sur le CAP																
	Reception des données, contrôle qualité et mise en forme																
	Analyses																
Axe 4 dynamiques professionnelles	Valorisation et diffusion des résultats																
	Conception des entretiens																
	Réalisation des entretiens																
	Retranscription des entretiens																
	Analyse																
Outils	Valorisation et diffusion des résultats																
	Augmentation du nombre de généralistes dans l'OMG																
	Réalisation d'un protocole d'appariement des données de l'OMG à celle de liquidation de l'Assurance maladie																
	Démarche réglementaire et juridique																
	Test de l'appariement des données																
	Appariement proprement dit pour les années 2006-2007																
	Reception des données, contrôle qualité et mise en forme																
	Analyses																
	Appariement proprement dit pour les années 2007-2008																
	Reception des données, contrôle qualité et mise en forme																
Analyses																	
Valorisation et diffusion des résultats																	

## Equipe

Nom, prénom	Titre (CR, DR, MCU, MCA, PU, PA, Post-doc)	discipline	% du temps de recherche consacré au projet
Bourgueil, Yann	Directeur de recherche (Irdes)	Santé publique	100%
Mousques Julien	Maître de recherches	Economie	100%
Naiditch, Michel	Chercheur associé	Santé publique	15%
Le Fur, Philippe	Directeur de recherche	Médecine	20%
Pierre, Aurélie	Chargé de recherche	Statistique	35%
Pelletier-Fleury, Nathalie	CR- Inserm (Cermes)	Economie	30%
Minvielle, Etienne	DR-Cnrs (Cermes),	Economie-Gestion	10%
Franc, Carine	CR- Inserm (Cermes)	CR- Inserm	30%
Rosman Naulleau,	IE inserm (Cermes)	Sociologie	10%
Le Vaillant, Marc	IR-Cnrs (Cermes)	Econométrie	50%
Philippe Boisnault	Chercheur associé (SFMG)	Médecine générale	30%
Didier Duhot	Chercheur associé (SFMG)	Médecine générale	30%
Philippe Szisdon	Chercheur associé (SFMG)	Médecine générale	30%

## Références Bibliographiques

1. N. Vallier et al. Répartition des montants remboursés pour les 30 ALD. Points de repères octobre 2006, n° 3; CNAMTS [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/pointreperen\\_3.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pointreperen_3.pdf)
2. Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025, ONDPS Tome 2, rapport 2004
3. Synthèse générale ONDPS 2005, Tome 1, rapport 2005,34
4. Hofmarcher, M. M., H. Oxley and E. Rusticelli (2007), "Improved Health System Performance through better Care Coordination", *OECD Health Working Papers*, No. 30, OECD Publishing. doi:10.1787/246446201766
5. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 20(6) 64-78. Nov-Dec 2001
6. CIRCULAIRE N° 101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
7. Ministère de la Santé et des Solidarités. Médecin référent, médecin traitant: ce qui va changer. Dossiers d'actualité, Janvier 2005. [http://www.sante.gouv.fr/assurance\\_maladie/actu/medecinref\\_0105/changer.htm](http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/actu/medecinref_0105/changer.htm)
8. Chiffres et repères, 2006. [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/chiffres\\_reperes\\_2006.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/chiffres_reperes_2006.pdf)
9. Abelson J., Hutchison B., Lavis J., "Primary care in Canada : so much innovation, so little change", *Health Affairs*, volume 20, n°3, mai-juin 2001
10. Cour des Comptes. Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux in Rapport sur la sécurité sociale 2005
11. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Rapport 2004 pour l'avenir de l'assurance maladie. 2004.
12. OECD. The OECD Health project. Towards High-Performing Health Systems. 2004
13. Bevan, G. "Equity and variability in modern health care," Andersen, T. F., Mooney, G., The challenges of medical practice variations. The Macmillan Press Ltd, 1990.
14. Phelps, C. E. "Welfare loss from variations: further considerations." *J Health Econ*, June 1995b, 14 (2), 253-260.
15. Fagot-Campagna A., Simon D., Varroud-Vial M., Lhaddadène K., Vallier N., Scaturro N, Eschwège E., Weill A.. Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. *Entred* 2001. BEH n°49-50/2003
16. Guillemot D., Maugendre P., Chauvin C., Sermet C. Consommation des antibiotiques en France. BEH n°32-33/2004.
17. CNAMTS. Faits marquants : des soins de qualité pour tous. Edition 2003. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.(C.N.A.M.T.S.).Paris.FRA, editor. -25. 2003. Paris, Cnamts.
18. Saba G, Weill A, Païta M, Ricordeau Ph, Bourrel R, Nouailher-Lagarde M, Dematons MN, Crochet B, Guilhot J, Fender P, Allemand H et le groupe Dyslipidémie. Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* volume 34 n°4, octobre-décembre 2003
19. Cros L, Germanaud J, Rigaud J, Charlon R. Étude des traitements à visée curative du cancer de la prostate. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 38 n°1 / janvier-mars 2007
20. ANAES. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales. 2000.
21. Chevreul K., Mousquès J, Paris V. Measures to improve patterns of practice and their impact on general practitioners in France 8th Meeting European Health Policy Group (EHPG), Clinicians & System Performance, IRDES, Paris, France, 7-8 avril 2004.
22. Cour des Comptes. Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux in Rapport sur la sécurité sociale 2005
23. Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie. Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, 24 mai 2007
24. Ouvrage collectif, « La réforme Debré, un tiers de siècle après », Actes du colloque de Caen, 9-10 décembre 1996, *éditions ENSP*, 1999
25. IGAS, Daniel C. et al *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la Dotation de Développement des Réseaux (DDR)* Rapport n° 2006 22 – Mai 2006, la documentation française
26. [L'évaluation des réseaux de soins - Enjeux et recommandations.](#) Bourgueil Y., Brémond B., Develay A., Grignon M., Midy F., Naiditch M., Polton D. Rapport IRDES. 2001/05
27. Rapport d'information de Jean Marc JUILHARD, sénateur du Puy-de-Dôme (Rapport n°14 de 2007/2008) : "Offre de soins : comment réduire le fracture territoriale

28. Travaux de la commissions des affaires sociales, Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam). Mercredi 17 octobre 2007. <http://www.senat.fr/bulletin/20071015/soc.html>
29. Lettre ouverte de l'UNOCAM « secteur optionnel », 03/2008. <http://www.viva.presse.fr/IMG/pdf/unocam.pdf>.
30. 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.
31. Attal-Toubert K., Legendre N. « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres ». Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - Etudes et Résultats, 578, Juin 2007.
32. Haut Conseil pour l'avenir de L'assurance maladie (HCAAM). « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, adopté par le HCAAM ». 05/2007. [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis\\_240507.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_240507.pdf)
33. Bourgueil Y. "Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé". In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 261-291. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_rapport\\_eco.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf)
34. Bourgueil Y., Cases C., Le Fur P. "Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux: quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels". In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 147-186. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_rapport\\_eco.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf)
35. Rochaix, L. « Les modes de rémunération des médecins », Revue d'Economie Financière n°76 2004 pp 223-239.
36. Ellis, R.P. and T.G. McGuire, 1986. « Provider behavior under prospective reimbursement Cost sharing and supply », Journal of Health Economics, 5, 129–151.
37. Ellis, R.P. and T.G. McGuire, 1990. « Optimal payment systems for health services » Journal of Health Economics, 9(4), 375–396.
38. Ma, C.A., 1994. « Health care payment systems : Cost and quality incentives », Journal of Economics and Management Strategy, 3(1), 93–112.
39. Gravelle H. 1999. « Capitation contracts : access and quality », Journal of Health Economics, 18, 315–340.
40. Ma, C. A. and T.G. McGuire, 1997. « Optimal health insurance and provider payment », The American Economic Review, 87(4), 685–704.
41. Allard M., Cremer H., Marchand M. « Incentive contracts and the compensation of health care providers », Économie publique, Numéros, 09-2001/3, <http://economiepublique.revues.org/document564.html>.
42. Franc C. « Mécanismes de rémunération et incitations des médecins ». Économie publique, études et recherches. 2001- n°9 (2001/3), pages 13-36.
43. Franc C., Lesur R. « Système de rémunération des médecins et incitations à la prévention ». Revue Economique. Septembre 2004, n°5, pages 901-922.
44. McGuire T.G. 2000. « Physician Agency » in Handbook of Health economics 17. Edited by Culyer A.J. et Newhouse J.P. Vol 1A - chapitre 9. 461-536.
45. Dudley RA., Miller RH., Korenbrot TY., Luft HS. « The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: a review of the evidence ». Milbank Q. 1998; 76: 649-686
46. Grignon M., Paris V., Polton D. avec la collaboration de Couffinhal A., Pierrard B. « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins », In « Les forces de changement dans le système de santé canadien. Les études de la commission Romanow », Volume II, 2004, pp. 226-260.
47. 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.
48. Armour B., Pitts M. M., Maclean R., Cangialose C., Kishel M., Imai H., Etchason J. "The effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior" Arch Inter Med. 2001; 161: 1261 – 1266.
49. 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
50. Batifoulier P., Gadreau M. 2006. « Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ? ». Journal d'Economie Médicale, vol. 24, n°5, pp. 229-240.
51. Rapport du Groupe de Travail présidé par Elbaum M. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé ». HAS, 2007.

52. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée Nationale pour l'union européenne sur les réformes de l'assurance maladie en Europe, juin 2004. Available at: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/europe/rap-info/i1672.pdf>
53. Bourgueil Y., Chambaretaud S., Marek A., Mousquès J. "Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé: premiers enseignements des expériences internationaux". In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, p. 46-59. Available at: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_rapport\\_eco.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf)
54. Donaldson C. Willingness-to-pay for publicly-provided goods: a possible measure of benefit? *Health Economics* 1990; 6:103-1118.
55. Foreit JR, Foreit KGF. The reliability and validity of willingness to pay surveys for reproductive health pricing decisions in developing countries. *Health Policy* 2003 ; 63 :37-47.
56. Grenier-Sennelier C, Corriol C, Daucourt V, MICHEL P, Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet Compaqh. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2005; 53 :1S22-1S30.
57. Bonnieux F. Principes, mise en oeuvre et limites de la méthode d'évaluation contingente. *Revue de l'Institut d'Economie Publique* 1998 ; 1 :1-90.
58. O'Brien, B., Gafni, A. When do the "dollars" make sense? Toward a conceptual framework for contingent valuation studies in health care. *Medical Decision Making* 1996; 16: 288–299.
59. Mataria A, Donaldson C, Luchini S, Moatti JP. A stated preference approach to assessing health care-quality improvements in Palestine : from theoretical validity to policy implications. *Journal of Health Economics* 2004; 23:1285-1311.
60. Phelps, C. E, Mooney, C. Variations in medical practice use : causes and consequences, Arnould, R. J., Rich, R. F., White, W. D., *Competitive approach to health care reform*. Washington D.C.: The Urban Institute Press, 1993, 139-178.
61. Westert, G. P., Groenewegen, P. P. "Medical practice variations: changing the theoretical approach." *Scand.J.Public Health*, September 1999, 27 (3), 173-180
62. Kerleau, M. "L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé." *Sciences Sociales et Santé*, 1998, 16 (4).
63. de Jong, J. D., Groenewegen, P. P., Westert, G. P. "Mutual influences of general practitioners in partnerships." *Soc.Sci Med*, October 2003, 57 (8), 1515-1524.
64. Davis, P., Gribben, B., Lay-Yee, R., Scott, A. "How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care." *J Health Serv Res Policy*, October 2002, 7 (4), 202-208.
65. Scott, A., Shiell, A. "Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multilevel discrete choice model." *J.Health Econ.*, June 1997b, 16 (3), 323-342.
66. Mousquès J., Renaud T., Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. (Dép. de santé publique UFR Broussais Hôtel-Dieu). CREDES n° 1494 - Août 2003 - 111 pages (synthèse : Questions d'économie de la santé n° 70).
67. Paraponaris A., Verger P., Desquins B., Villani P, Bouvenot G., Rochaix L, Gourheux JC. Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe International Non-proprietary Names. *Health Policy* 70, 2004, 23-32.
68. Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Hebbrecht G, Boisnault P. Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France. *Health Policy*. 2007 May;81(2-3):218-27. Epub 2006 Aug 1.
69. ANAES. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales. 2000.
70. Grimshaw JM, Thomas RE, Mc Lennan G, Fraser CR, Vale L. Effectiveness and Efficiency of guidelines dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004 ; 8 (6).
71. 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. Avril 2008.
72. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. Rapport IRDES n° 1675, 2007/11, 175 pages (synthèse : Questions d'économie de la santé IRDES n° 127).
73. Midy F. (février 2003), Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, revue de la littérature (1970-2002), IRDES.
74. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review) – The Cochrane collaboration 2005.
75. Buchan J, Calman L, Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers. 24-feb-2005.

76. Shojanian KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, Owens DK. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*. 2006 Jul 26;296(4):427-40.
77. Renders CM., Valk GD., Griffin S., Wagner EH., Eijk JT., Assendelft WJ. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* ;(1) : CD001481.
78. Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 37 n° 4 / octobre-décembre 2006.
79. Knight K., Badamgarav E., Henning JM., Hasselblad V., Gano AD. Jr., Ofman JJ., et al. A systematic review of diabetes disease management programs. *Am J Manag care* 2005;11:242-50.
80. Villagra VG., Ahmed T. Effectiveness of a disease management program for patients with diabetes. *Health Aff* 2004;23:255-66.
81. Sutton M., McLean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006 Feb 18;332(7538):389-90
82. Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U., et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006 Jul 27;355(4):375-84.
83. Gertler P., Simcoe TS. disease management. Social science research network, Working paper ; 2006 (<http://ssrn.com/abstract=900577>).
84. Fireman B., Bartlett J., Selby J., Can disease management reduce health cost by improving quality, *Health Aff* 2004;23.
85. Beaulieu ND., Cutler DM., Ho KE., Horrigan D., Isham G. The business case for diabetes disease management at two managed care organizations. New York: The Commonwealth fund, field report, 2003.
86. M.Naiditch ; Y Bourgueil : Des professionnels sont invités à modifier leurs pratiques : in « *actes des journée parisiennes de pédiatrie Ed médecine Sciences*; 335-341 ; 1998
87. Freidson E., 1984 (trad. Fr.) *La profession médicale*, Payot, Paris
88. Charles-Jones H., Latimer J., May C., 2003, Transforming general practice : the redistribution of medical work in primary care, *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, n°1, p. 71-92
89. Greatbatch D., Hanlon G., Goode J., et al., 2005, Telephone triage, expert systems and clinical practice, *Sociology of Health and Illness*, vol 27, n° 6, p. 802-830
90. Roodbol P., 2005, *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen*, Thesis, University of Groningen, Faculty of Bedrijfskunde.
91. Bungener M., Baszanger I., 2002, Médecine générale, le temps des redéfinitions, in Baszanger I., Bungener M., Paillet A., 2002, *Quelle médecine voulons nous ?*, Ed. La dispute, Paris, p. 19-34
92. Paul C., 2006, *La délégation de tâches en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes installées en group en Normandie et en Picardie*, Thèse de médecine, U.F.R. de Médecine-Pharmacie, Université de Rouen.
93. Hatzfeld Henri ; 1963. Le grand tournant de la médecine libérale *Editions ouvrières*
94. Naiditch m La grève des médecins généralistes : des praticiens en quête de repères in *Revue Laennec* 4 p 9-15 2002
95. Balint M., 1960, Le médecin, son malade, sa maladie, *Payot*, Paris
96. Naiditch M ; Compagnon Cl : Qualité de l'information en cancérologie : progrès accomplis et chemin restant à parcourir : in « *risque et qualité* » ; vol III, N° 2 Juin 2006