



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

Contact

 prospere@irdes.fr

Partenaires

IRDÉS
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

 **SFMG**
Le plaisir de comprendre

Cermes

Inserm

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



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

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/ProspereRapportActivite2009.pdf>

Perraudin	Clemence	Doctorante	1 ^{er} septembre 2009	2 mois	CDD
Monsieur ou Mme X		Gestionnaire de bases de données pour la gestion de l'appariement	Janvier/février 2010	18 mois	CDD

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

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

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

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

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

Ressource Humaine

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

Deux internes de santé Publique (deux fois 6 mois) : Marie Caroline Clément, Thomas Cartier (financement IRDES)

Un chef de Clinique assistant en médecine générale à temps partiel sur une année : Olivier Saint Lary (financement département médecine générale PYFO)

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

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

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

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

Chargé de recherche statistique IRDES: Aurélie Pierre (financement IRDES)

Ressources documentaires IRDES : Marie Odile Safon (financement IRDES)

Ressources financières

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

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

II. Renseignements scientifiques

Description des travaux effectués en regard du calendrier établi pour la période concernée, des résultats obtenus en dégagant les faits marquants, des difficultés rencontrées et les solutions envisagées, ainsi que les réorientations éventuelles (5 à 10 pages)

Décrire ici les efforts particuliers en matière d'interdisciplinarité, l'ouverture internationale, etc.

Indiquer également ici les informations (événements positifs ou négatifs rencontrés au cours de la mise en œuvre du projet) dont vous pensez qu'elles peuvent être utiles à d'autres équipes.

II.1 - L'organisation du travail en équipe

L'année 2009 a été consacrée à la mise en œuvre du fonctionnement opérationnel de l'équipe PROSPERE. Les modes opératoires de l'équipe reposent sur le principe d'une réunion mensuelle (d'une journée entre janvier et juin, devenue une demi-journée depuis septembre toujours suivie d'un repas pris en commun). Cette réunion a lieu à tour de rôle dans les locaux de chaque équipe partenaire du projet (SFMG, CERMES, IRDES). Le principe de ces réunions est de discuter collectivement et de manière interdisciplinaire des projets en cours (état d'avancement, difficultés rencontrées, aides demandées), des résultats obtenus, mais également des projets nouveaux. Ce mode de fonctionnement permet ainsi de partager les analyses, confronter les points de vues, décider des orientations notamment dans le cadre du projet général de l'équipe. Les réunions font l'objet d'un compte rendu (voire liste en annexe n°1). C'est principalement par ce mode de travail collectif que l'ensemble des membres de l'équipe se retrouvent et constituent ainsi progressivement une équipe de travail.

Des sous groupes relatifs aux différents projets sont constitués à la demande et en fonction des intérêts de chacun (groupe sur l'appariement OMG SNIIRAM, groupe sur l'analyse de la performance à partir des données de l'OMG).

Une liste de diffusion par courriel a été réalisée, permettant la diffusion rapide des informations au sein de toute l'équipe. De même, les chercheurs qui le souhaitent sont inclus dans les listes d'envoi du service de documentation de l'IRDES et bénéficient ainsi du service de veille documentaire et bibliographique notamment dans le domaine des soins primaires. Nous avons également mis en place un principe de relecture des propositions de papiers au sein de l'équipe.

Enfin, l'équipe Prospere s'est dotée d'un Logo et d'une page WEB ainsi que d'une présentation résumée en anglais. La page Web accessible par les sites de chaque équipe Partenaire (SFMG, CERMES, IRDES). Cette page présente le projet tel qui a été soumis et validé par le conseil scientifique de l'IRESP

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

II.2 - La temporalité des travaux, la production de connaissance et la demande institutionnelle

Les travaux de l'équipe Prospere portent sur des questions d'actualité qui sont pour partie inscrites à l'agenda législatif, politique et institutionnel (expérimentations de rémunération au titre de l'art 44 du PLFSS 2008, loi HPST de juillet 2009, lancement du Contrat d'Amélioration de la Performance Individuelle (CAPI) par la CNAMTS en juin 2009, Mission ministérielle Vallancien sur les Maisons de Santé en juin 2009). Il importe dès lors pour l'équipe Prospere qui a pour thème la recherche sur les services de santé de gérer la temporalité des projets de recherche et le temps de la production « académique » avec le temps parfois court de la décision publique et ses impératifs de communication et de décision. Cette gestion consiste principalement à répondre aux sollicitations des institutions diverses comme les administrations centrales du ministère, la CNAMTS, mais également les professionnels demandeurs de résultats dans un délai court dans une perspective d'anticipation, voire de négociation et informer les membres de l'équipe de ces demandes, de leurs articulations possibles avec les axes de recherches et les moyens de l'équipe et enfin des réponses à donner. L'équipe a ainsi été amenée à débattre régulièrement d'opportunités de réponses à des demandes (par exemple répondre à un appel d'offre de la CNAMTS pour étudier les coûts de façon comparée entre exercice individuel, exercice de groupe ou centre de santé dans un temps court, ou débattre des conditions d'engagement de l'équipe dans l'évaluation des expérimentations de rémunération en maisons, pôles et centres de santé). Sont alors mises en avant les conditions méthodologiques de réalisation permettant ou non une publication à caractère scientifique et les modalités de diffusion des travaux. Par ce biais l'équipe Prospere se constitue, au travers des situations et des décisions prises, une pratique (une sorte de jurisprudence) de la recherche sur les services de santé ainsi que des modalités de transferts des réflexions, résultats et méthodes auprès des acteurs du système de soins. Parce que cette activité occupe un temps conséquent de coordination et de débat, nous avons donc souhaité rajouter une rubrique au chapitre valorisation. Nous avons intitulé cette rubrique « activité translationnelle » en référence à la littérature anglo-saxonne sur le « knowledge transfer », thème de recherche outre-atlantique notamment dans le domaine de la recherche sur les services de santé.

La mise en œuvre d'un programme de recherche mobilisant trois équipes et un groupe de 13 chercheurs, est nécessairement soumis à des adaptations et des ajustements qui peuvent être nécessités par des questions de ressource humaines (changement de projets individuels, évènements inattendus), des évènements en lien avec la vie de chaque institution (questions financières, réorganisations institutionnelles...), les évolutions du contexte politico-institutionnel général, mais également des partenaires pressentis. C'est la raison pour laquelle, nous présentons les travaux de l'équipe Prospere menés en 2009 en distinguant ceux qui ont été menés tels que le prévoyait le programme et ceux qui sont qui ont été inscrits au programme à la suite d'opportunité, de sollicitations, ou en remplacement d'autres projets envisagés initialement et enfin ceux que nous n'avons pas réalisés alors qu'ils étaient programmés.

Certains travaux, notamment à l'IRDES et la SFMG étaient déjà engagés en 2009, et ont pour une bonne partie d'entre eux contribué à l'élaboration du programme de l'équipe. Le projet PROSPERE vise notamment à rassembler et compléter ces travaux dans un cadre global commun problématisé autour de la question de la définition et de la mesure de la performance des ces organisations de soins. En pratique, au-delà de la gestion de ces travaux, l'enjeu

notamment pour les chercheurs de l'IRDES et de la SFMG qui sont impliqués dans ces travaux, est de publier les résultats dans des revues à comité de lecture de langue anglaise ou française. Il s'agit par exemple de l'évaluation du dispositif ASALEE, l'évaluation des maisons de santé et celle des centres de santé inscrites au programme de l'IRDES 2009-2011 mais également du développement de l'Observatoire de la Médecine Générale.

D'autres travaux de l'équipe ont débuté en 2009 et s'inscrivent également dans le cadre pluriannuel du projet tel que présenté à l'IRES. Ces projets concernent plus fréquemment les chercheurs du CERMES, et portent notamment sur la thèse de Nicolas Krucien, l'enquête menée par Carine Franc ou encore le projet d'appariement OMG-SNIIRAM.

II.3 - Travaux prévus au programme et réalisés en 2009

1 - Colloque « Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ? 21 octobre 2009 - référence axe A1 - Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte français. Y. Bourgueil, T. Cartier, M. Naiditch, J. Mousques.

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

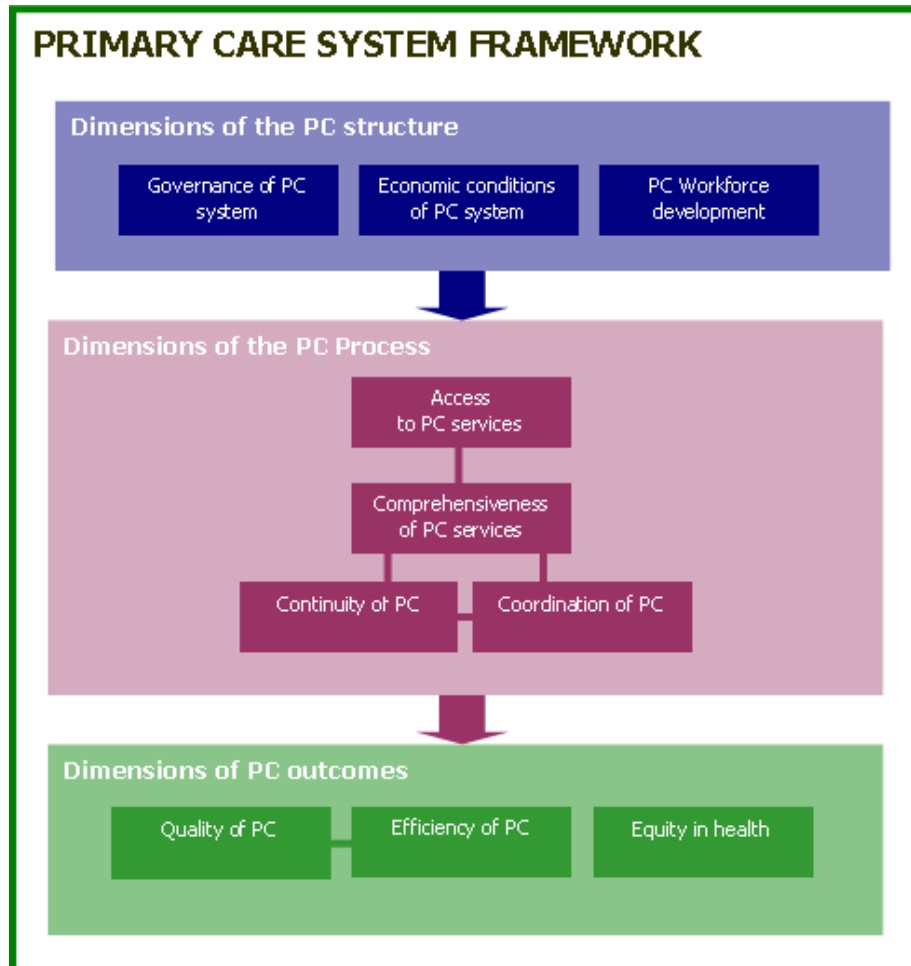
Ce colloque s'adressait ainsi en priorité aux différents acteurs qui seront impliqués dans le pilotage et la mise en œuvre de ces politiques dans le cadre des futures ARS. Le public visé comprend les décideurs administratifs URCAM, ARH, DRASS, DDASS, administrations centrales, CNAM, CPAM, les élus politiques (représentants des collectivités territoriales notamment), les professionnels de santé (URML, syndicats, ordres, universitaires), et les chercheurs intervenant sur ce champ. Deux cents personnes, d'appartenance diverses ont participé au colloque. Les présentations power point sont accessibles sur le site ainsi que prochainement les interventions audio des différents intervenants <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Prospere/index.htm>. Une publication des actes sous la forme d'un numéro spécial de la Revue Française des Affaires Sociales est en cours.

La préparation du colloque a également permis de nouer un ensemble de contacts avec des partenaires européens et d'Amérique du Nord (les USA notamment). Nous avons pu à cette occasion mesurer l'intérêt des pays étrangers pour les thématiques travaillées dans le cadre de l'équipe Prospere. Nous envisageons à ce titre de poursuivre la collaboration avec ces équipes notamment dans le cadre de travaux de recherche comparatifs sur les formes d'organisations en soins primaires.

2 - La participation au projet européen PHAMEU – Référence axe A1 – Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte Français. T. Cartier, Y. Bourgueil.

L'IRDES est actuellement engagé dans le projet PHAMEU, qui vise à décrire et analyser les soins primaires dans 31 pays européens <http://www.phameu.eu//> . Cette étude s'appuie d'abord et avant tout sur un cadre d'analyse issu d'une revue de la littérature sur les indicateurs de performance des soins primaires. Le schéma retenu est le suivant :

Les aspects réglementaires, économiques et de ressources humaines conditionnent l'organisation des soins primaires, elle-même hiérarchisée : en se plaçant du point de vue du



patient, le point d'entrée dans le système se joue au niveau de l'accessibilité, puis les différents services proposés (*comprehensiveness*), offerts sur une période plus ou moins longue (*continuity*), à travers un ensemble d'intervenants (*coordination*) seront à l'origine des soins qui lui seront prodigués. Les résultats de ces processus peuvent être mesurés en termes de qualité, d'efficacité ou d'équité.

L'année 2010, a permis de finaliser la cadre d'analyse ainsi que l'outil informatique accessible à partir d'internet et la collecte des données est en cours pour la France, la Suisse et la Belgique, pays dont l'équipe IRDES a la charge. Le projet Phameu qui a sa propre dynamique vise également à alimenter la réflexion sur les cadres d'analyse de la performance en soins de premiers recours dans le contexte Français. Nous envisageons notamment pour l'année 2010 de préciser les modalités d'articulation des travaux menés dans le cadre Phameu avec le processus de régionalisation en cours en France. Une proposition d'approfondissement du cadre Phameu dans le contexte français a été faite à la DREES ainsi qu'à la direction de la stratégie de la CNAMTS.

3 - Les travaux sur les indicateurs et les référentiels

3.1 - L'analyse d'un indicateur de performance par l'utilisation des données de la base OMG - Référence axe A2 – Intérêt et limites des indicateurs actuels d'évaluation de a performance en soins de premiers recours (O. Saint Lary, P. Boisnault, P. Szidon, D. Duhot, Y. Bourgueil)

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

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

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

Résultats : Les données de 61 médecins avec 81 052 patients suivis dont 21 690 avec les critères d'âge requis ont été analysées. Nous avons retrouvé 2 278 patients diabétiques, 8 271 hypertendus et 1539 à la fois diabétiques et hypertendus sur des critères cliniques contre respectivement 1 730, 8 511 et 1 304 sur des critères prescription.

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

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

Ce travail a fait l'objet de la rédaction d'un article en langue française soumis à la RESP en décembre 2009.

Un second travail d'analyse des CAPI a été menée dans le cadre de la réalisation d'un master sous la responsabilité de Marc le vaillant par Nicolas Chauvel (interne de santé publique à Rennes). Le travail a porté sur l'analyse des relations entre le CAPI relatif au suivi des patients diabétique et les caractéristiques des médecins et des patients de la région Bretagne. L'analyse a mobilisé des méthodes statistiques de modélisation multiniveaux afin de déterminer les effets des caractéristiques de médecins (âge, sexe, participation à un groupe de pair, exercice en groupe) et des patients (âges, sexe, ALD, multiALD, CMU..). Ce travail a fait l'objet d'une soutenance de mémoire à l'automne. Il est prévu une publication en langue anglaise de ce travail.

3.2 – Etude des indicateurs de performance pour l’Hypertension artérielle et la santé mentale en soins primaires - Référence axe A2 – Intérêt et limites des indicateurs actuels d’évaluation de la performance en soins de premiers recours (Delphine Roussel Lapeyre, D. Duhot)

Dans le cadre des travaux visant à développer l’analyse critique des indicateurs de performance produits en soins primaire et pour approfondir la réflexion méthodologique sur la définition de ces indicateurs l’équipe a souhaité focaliser le travail sur les deux sujets que sont d’une part l’hypertension artérielle et d’autre part le champ plus vaste de la santé mentale en soins primaires.

3.2.1 – Pour l’hypertension artérielle, une étude de la littérature internationale a été menée afin de recueillir les indicateurs de performance concernant l’HTA. La recherche a porté soit sur des recommandations Nord-Américaines ou Européennes ayant débouché sur des indicateurs, soit sur des études portant sur la performance ou la qualité des soins. Soixante - six indicateurs ont été retrouvés. Parmi ceux-ci, nous avons regroupé les indicateurs et sélectionné ceux qui pouvaient s’appliquer au système de soins Français. Il est resté in fine 18 indicateurs. Ces indicateurs sont des indicateurs de procédure ou d’organisation. Ils sont répartis en :

- ✓ deux indicateurs concernent la définition de l’HTA,
- ✓ • deux concernent l’identification du diagnostic,
- ✓ • un porte sur le bilan biologique initial,
- ✓ • un sur le recueil des antécédents et des comorbidités,
- ✓ • un sur l’évaluation du risque global,
- ✓ • un sur le délai de remesure des chiffres tensionnels,
- ✓ • un sur les mesures hygiéno-diététiques,
- ✓ • un sur le niveau tensionnel à l’initiation du traitement,
- ✓ • deux sur le choix du traitement en première intention,
- ✓ • deux sur les contre-indications des traitements,
- ✓ • un sur les délais entre les contrôles tensionnels,
- ✓ • un sur la proportion de patients atteignant les cibles tensionnels,
- ✓ • un sur les changements de traitement en cas de chiffres tensionnels élevés,
- ✓ • un sur la répétition des mesures hygiéno-diététiques.

Chaque indicateur va être discuté selon les recommandations Françaises et en fonction des contraintes de l’organisation du système de soins Français.

La seconde partie de ce travail consistera en une interrogation des médecins généralistes selon la méthode du consensus formalisé d’expert. Les médecins seront interrogés pour chaque indicateur sur sa validité, sa faisabilité et son acceptabilité.

Ce travail fera l’objet d’une thèse d’exercice, de plusieurs publications et communications, en particulier au congrès de médecine générale de Nice 2010

3.2.2 – Approche des indicateurs dans le champ de la santé mentale

Une grande partie des problèmes psychiatriques en France sont pris en charge par les médecins généralistes, certains chiffres allant jusqu'à 75% de la pathologie mentale. Mais cette prise en charge en ambulatoire est soumise à certaines critiques : d'après l'Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire réalisée par l'Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments (afssaps 1998) ; il existe une nette augmentation de la prescription d'antidépresseurs (de 2% en 1987, et de 3,5% en 1996) dont seulement la moitié des patients répondent aux indications.

La notion récente de la santé mentale, définie par l'OMS, est dynamique et comprend à la fois :

- une définition positive (le bien-être, l'aspect émotionnel ou cognitif de la satisfaction avec sa vie, les traits de personnalité tels l'optimisme ou le sens de la cohérence) correspondant aux ressources psychologiques et à la capacité d'agir dans ses rôles sociaux

- les pathologies mentales incluant plutôt les invalidités et incapacités à fonctionner dans ces rôles sociaux.

- Une dimension de prévention en intervenant auprès de la population en amont de la maladie.

La santé mentale se doit donc de considérer 3 niveaux : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté.

Il paraît donc intéressant d'élaborer des indicateurs de qualité en santé mentale qui soient pertinents, facilement reproductibles, validés et sensibles ; permettant à la fois d'évaluer l'état de santé mentale en France ainsi que les pratiques des professionnels de santé et d'en permettre une amélioration.

Cette réflexion semble d'autant plus pertinente aujourd'hui, dans un contexte de mise en place d'un paiement (en partie) à la performance.

La question posée dans le cadre de cette revue de la littérature est d'identifier les indicateurs de qualité en santé mentale et en soins primaires proposés dans la littérature internationale et identifier s'ils ont été à l'origine d'amélioration de pratiques ?

La période de revue de la littérature s'étend de 1995 à nos jours, principalement en Europe, Etats-Unis, Australie et Nouvelle Zélande. Ainsi ont par exemple été recueillies les études de Viviane Kovess sur l'épidémiologie de la santé mentale et ses propositions d'indicateurs de santé ; en Grande-Bretagne, les informations du QOF (Quality and Outcomes framework développé en 2004 par the National Health Service) ; en Europe : il sera nécessaire de récupérer les indicateurs de l'OMS, l'OCDE (Organisation internationale de coopération et de développement économique), du projet Eurostat (office statistique des communautés européennes) ainsi que du projet Echi (qui subdivise les indicateurs en quatre catégories d'autant plus pertinentes que les variables sociales sont indispensables pour l'analyse et le suivi de l'état de santé de la santé mentale). La recherche s'intéressera aussi à chaque pathologie (syndrome dépressif, anxiété, schizophrénie). La Stratégie de recherche dans la base Medline utilise les mots clés suivants : "ambulatory care"[MeSH Terms] AND "physicians"[MeSH Terms] OR "specialties, medical"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "specialists"[Title/Abstract] OR "family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[Title/Abstract] OR "general practitioner"[Title/Abstract] OR "outpatient care"[Title/Abstract] AND Quality Indicators, (Healthcare) "[MeSH Terms] AND Mental disorders "[MeSH Terms] or "psychiatry"[MeSH Terms]

4 - Lancement de l'enquête incitations et rémunération des médecins généraliste à l'automne 2009 – Référence B1 – Les incitations des offreurs : »comment sont réellement rémunérés les offreurs ? ». Carine Franc.

Cette enquête a pour objectif de mieux comprendre quelles sont les difficultés, les atouts et les attentes des médecins généralistes au regard des différents modes d'installation possibles, des différentes modalités de leurs rémunérations et des besoins de leurs patients. L'enquête sera effectuée auprès de 800 médecins généralistes en activité dans la région Midi-Pyrénées (521 médecins issus d'un échantillon représentatif ORS (2006) + 280 médecins tirés aléatoirement dans les 3025 (3546 – 521) autres médecins généralistes de la région). L'enquête menée en partenariat avec l'Union régionale des Médecins Libéraux de Midi-Pyrénées sera annoncée par courrier postal par lettre d'une page aux médecins sélectionnés une quinzaine de jours avant l'envoi du questionnaire. La gestion du terrain sera assurée sur place par l'URML

Le questionnaire comprend 4 volets : « organisation de votre pratique » qui recense les modalités d'organisation de la pratique de la médecine générale (nature de l'exercice, mode d'organisation, secteur d'activité, participation à la permanence des soins, etc.) ; « contenu de votre pratique et votre patientèle », ce volet permet de comprendre la diversité des activités des médecins généralistes en termes de contenu de l'activité médicale (diversité des actes produits), en termes d'intensité de cette activité (nombre de jours de travail, nombre de consultations, etc.), de contenu des différentes autres activités professionnelles (coordination, participation à des réseaux de prise en charge spécifiques, enseignements, etc.). Une autre série de questions permet de caractériser le profil des patients pris en charge par le médecin interrogé ; « satisfaction professionnelle », ces questions permettent d'appréhender la satisfaction ou l'insatisfaction du médecin au regard de son activité, de son rapport à sa patientèle, de l'ensemble des contraintes qui pèsent sur sa pratique de routine et qui sont susceptibles de la modifier ; « informations complémentaires », permet de collecter des informations sur le médecin pour l'analyse.

Plus que le niveau absolu de la rémunération des médecins, l'enquête a pour but de comprendre la formation de la rémunération et les autres formes de gratification des médecins généralistes. L'idée est d'analyser la part de la rémunération qui provient directement du paiement à l'acte et la nature des autres paiements. En effet, les ressources sont le résultat de l'activité médicale via le paiement à l'acte (le nombre d'actes réalisés et la nature des actes), puis l'addition de différents forfaits et indemnités (ALD, coordination). D'autres forfaits, paiements, subventions en espèce ou en nature, réductions fiscales ou crédits d'impôts peuvent agir sur le niveau des ressources finalement disponibles pour le médecin. Ces ressources reflètent incontestablement l'activité du médecin mais ne reflètent pas forcément la satisfaction du médecin et encore moins les dimensions contraintes de son activité.

Ces dernières dimensions sont pourtant essentielles pour comprendre et anticiper les attentes des médecins généralistes et le rôle qu'ils sont et seront amenés à jouer dans le cadre général de la réorganisation des soins de premiers recours.

5 - La réalisation d'une première étude Delphi dans le cadre de la révélation des préférences des patients vis-à-vis des formes d'organisation en soins de premiers recours. Référence – B.2 – les préférences de la demande : « Quel consentement à payer des usagers pour ces nouvelle structures ? (N. Krucien, N.P. Fleury, Marc Le Vaillant)

Nicolas Krucien a réalisé un travail approfondi de définition des attributs de qualité de l'offre de soins de premiers recours en France (analyse bibliographique détaillée de la littérature sur ce sujet). Nicolas a également mis en œuvre une enquête DELPHI auprès d'un échantillon

d'usagers pour statuer sur l'importance qu'ils accordent aux différents attributs de qualité (organisationnels) de l'offre de soins de médecine générale et mieux comprendre les choix qu'ils font (ou qu'ils feront) face à de nouvelles formes d'organisation de l'offre de soins. Voir texte présenté aux JESF en annexe n° 2.

6 - Les travaux d'évaluation des maisons et centres de santé (Y. Bourgueil, MC Clément, M. Coldefy, P.E. Couralet, E. Guedy, V ; Lucas, J. Mousques, M Naiditch, A. Pierre) – Référence axe B3 – L'étude des liens entre les formes d'organisations des soins de premiers recours et leurs résultats en termes d'efficacité d'efficience et d'équité.

Les engagements depuis 2008 dans les travaux relatifs à l'évaluation des maisons de santé (demandé initialement par la direction de la stratégie de la CNAMTS) et des centres de santé (projet financé par le Haut Commissariat aux Solidarités Actives) se sont poursuivis en 2009 et ont mobilisé un nombre conséquent de chercheurs principalement au sein de l'IRDES.

6.1 - L'évaluation des maisons de santé a associé une analyse des structures de soins (questionnaires et visites avec entretiens), un questionnement des professionnels de santé ainsi que le recueil des données d'activité des professionnels et de consommation des soins de ville des patients. Cette évaluation a permis de tester une méthode de constitution d'échantillons témoins locaux à partir des données de l'assurance maladie à partir des zones d'attraction des MSP. En effet, en l'absence de données cliniques et socio-économiques, la difficulté est la comparaison des populations suivies par les médecins des maisons de santé avec des populations témoins les plus proches possibles. Partant de l'hypothèse que les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des populations sont proches quand ils sont dans la même zone géographiques, nous avons choisi de constituer des groupes témoins à partir de la patientèle de médecins localisés dans les zones d'attraction élargie des MSP.

Si les différents modules de l'évaluation ont fait l'objet de travaux (mémoire de Master pour Marie Caroline Clément, Thèse de médecine de Vincent Griffond) et de deux publications (article revue santé publique SFSP, et Questions d'Economie de la Santé <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>), le rapport final n'est pas encore réalisé ce qui reste un objectif pour 2010, notamment en raison de l'abondance des informations non utilisées à ce jour et de l'intérêt de la méthode utilisée qui inspire en grande partie la démarche en cours d'élaboration pour évaluer les expérimentations de rémunération cf II.3.4.

Les travaux d'évaluation des maisons de santé ont fait l'objet de communications intermédiaires auprès des comités de pilotage dans les deux régions de Bourgogne et Franche Comté mais également à plusieurs reprises auprès de la Direction de la Sécurité Sociale au ministère de la Santé notamment dans le cadre des expérimentations de rémunération au titre de l'article 44 (rencontre à deux reprises - Yann Bourgueil, Carine Franc). La progression des travaux de l'équipe a ainsi été confrontée à la montée en charge simultanée de la démarche des expérimentations, dans lesquelles la plupart des MSP évaluées se sont engagées. Ainsi, l'équipe en charge de l'évaluation des maisons de santé et plus largement l'équipe Prospere s'est trouvée à la fois sollicitée par les représentants du ministère et les acteurs en régions pour apporter des éléments d'information eux même en constitution. Cette proximité des travaux avec le calendrier institutionnel a nécessité un temps d'explicitation et de médiation conséquent mettant aux prises des acteurs ne partageant pas nécessairement les mêmes objectifs.

6.2 – L'évaluation des centres de santé polyvalents dans le cadre du projet Epidaure associe également à l'instar de l'évaluation des maisons de santé, une analyse des structures de soins

(questionnaire et visite avec entretiens), ainsi que le recueil des données d'activité des centres et de consommation des soins de ville des patients. Les centres de santé analysés étant principalement municipaux polyvalent et localisés en milieu urbain, la constitution de témoins locaux avec la méthodologie utilisée pour l'évaluation des MSP, n'a pu être réalisée. L'échantillon témoin pour la comparaison des recours et des dépenses de soins de ville sera l'EPAS (Echantillon Permanent des Assurés Sociaux). En revanche une analyse des zones d'attractions des centres de santé a été réalisée en mobilisant les adresses géocodées de la file active des patients sur une année. L'objectif de cette analyse est de caractériser les populations desservies par les centres au moyen des données écologiques de l'INSEE. Pour cela nous avons mené d'une part un géocodage par Iris de la patientèle de chaque centre et d'autre part une typologie des IRIS selon des critères de défavorisation. L'étude Epidaure comprend également une enquête auprès de la clientèle des 21 centres de santé visant à décrire les clientèles selon leurs caractéristiques socio-démographiques et notamment le score EPICES (à noter que le score EPICES a été introduit dans l'enquête ESPS 2008 dans une perspective de comparaison, les premières analyses du score EPICES dans ESPS en collaboration avec le CETAF sont en cours). L'année 2009 a principalement été consacrée au recueil des données pour la réalisation des monographies des centres (visites, questionnaires), la réalisation de l'enquête auprès de la patientèle (4 mois de recueil dans chaque centre mars et juin) et la constitution des zones d'attraction ainsi que la typologie des IRIS (notamment la définition des critères permettant d'attribuer une IRIS à la zone d'attraction d'un centre). L'équipe de l'IRDES a été très investie dans l'animation des travaux, l'organisation de la collecte des données et des traitements.

L'année 2010 sera principalement consacrée à l'analyse des données et la production des résultats.

La conduite simultanée des travaux sur les maisons de santé et les centres de santé a permis de confronter ces deux formes d'organisations que sont les centres et les maisons de santé. Ces études ont également montré les possibilités et les limites des méthodes et outils pour analyser la performance de ces organisations. Ils sont notamment utilisés pour élaborer le protocole d'évaluation des expérimentations de rémunération en maisons et centres de santé (voire infra).

7 – La mise en œuvre du projet d'appariement SNIIRAM – OMG : référence D - construction d'un outil de recherche dans le projet initial (P.Boisnault, Y. Bourgueil, V. Eudier, G. Hebbrecht, P. Szidon)

Ce projet qui mobilise principalement l'OMG et l'IRDES, a été considéré comme prioritaire par l'ensemble de l'équipe PROSPERE et a fait l'objet d'un investissement particulièrement important et soutenu en 2009. Afin de définir une méthode de travail pour engager le projet d'appariement, nous avons organisé une réunion rassemblant les personnes en charge de l'appariement de l'enquête santé protection sociale à l'IRDES et les membres de la SFMG. Il a été décidé de réaliser un premier test d'accrochage (appariement) à partir des identifiants disponibles dans l'OMG, à savoir ADELI du médecin, mois année de naissance du patient et dates de consultations. Les tests ont pu être réalisés avec le concours actif de la CNAM-TS au courant de l'été. Ils ont montré la faisabilité technique de l'appariement par cette méthode. Dans le même temps, et avec l'aide du professeur Catherine Quantin (CHU de Dijon), nous avons pu prendre contact avec la CNIL en septembre qui a débouché sur la constitution et le dépôt d'un dossier à la CNIL la deuxième semaine de décembre (cf annexe n°3 et n°4). Enfin, l'IRDES est en cours de recrutement d'un gestionnaire de base de données pour la constitution et l'aide à l'exploitation de la base de données Appariée PROSPERE. Les

conditions et modalités d'exploitation de la base de données Prospere ont été précisées dans le cadre d'une convention tripartite entre le CERMES, la SFMG et l'IRDES. Nous sommes actuellement en attente de la définition d'une convention qui reliera l'équipe prospere (voire convention tripartite) aux deux fournisseurs de données que sont la CNAM-TS d'une part et la SFMG d'autre part. cet aspect est assez complexe et délicat, car il met aux prises deux acteurs de taille inégale (SFMG, CNAMTS), et placées de façon inégale dans le projet Prospere (la SFMG est en effet membre de l'équipe Prospere, ce qui n'est pas le cas de la CNAMTS). Enfin, les données SFMG et CNAMTS appariées, recèlent potentiellement une forte capacité de dévoilement qui inquiète légitimement les deux acteurs fournisseurs.

L'année 2010 devrait permettre de réaliser concrètement l'appariement, constituer la base de données et débiter les premières exploitations. Une réunion technique devra dès début 2010 définir les principaux traitements à envisager (premiers tests, études sur les indicateurs, méthodes d'analyse des trajectoires...). Enfin, il reste également à réaliser l'appariement ce qui suppose de mobiliser des ressources du DIM de la SFMG déjà largement mobilisées pendant l'année passée et la ressource prévue en gestion de base de données à l'IRDES.

II.3 - Travaux non prévus au programme et réalisés en 2009

1 - La revue de la littérature sur la contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé dans le cadre du projet AIR – Réf Axe A1 - Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte Français - H. Leleu, F. Jusot, Y Bourgueil.

L'objectif principal du projet AIR (Addressing Inequalities in Regions) est de développer un ensemble d'outils (interventions, politiques) pour réduire les inégalités de santé à l'échelon régional en Europe. Les objectifs spécifiques du projet sont d'identifier les interventions et politiques en soins primaires menées en Europe, notamment à l'échelon régional décentralisé ou non, et d'évaluer leurs efficacités et leurs effets. L'ambition au terme des deux années est de produire une revue des actions menées pour diffusion à l'échelon européen. Ce projet, piloté par le conseil régional d'Aquitaine s'appuie sur le réseau des régions en Europe (Enrich). L'IRDES est responsable du workpackage portant sur la revue de la littérature. La participation de l'IRDES au projet AIR, permet de contribuer aux travaux de l'équipe Prospere en explorant particulièrement les liens entre réduction des inégalités de santé et soins primaires. Ce travail de revue de la littérature fera l'objet d'une publication spécifique (questions d'économie de la santé).

2 - Le regroupement des médecins généralistes et leurs implications dans les pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique au travers de l'analyse du baromètre des pratiques de l'INPES – Référence axe B3 - I. Evrard, F. Baudier, Y. Bourgueil, P. le Fur, J. Mousques.

Ce travail vise à analyser de façon précise le taux de regroupement des médecins généralistes et son évolution ainsi que le lien entre l'organisation des cabinets et les pratiques de prévention.

La méthode vise à analyser les trois dernières enquêtes du baromètre santé (1998, 2003 et 2008) auprès d'un échantillon de plus de 2000 médecins généralistes. L'enquête de 2008 à laquelle l'IRDES a contribué au moment de la constitution du questionnaire vise à explorer plus en détail le lien entre organisation des cabinets et les pratiques de prévention. L'équipe de l'IRDES est notamment intervenue sur sollicitation de l'INPES au moment de la définition du questionnaire. Les données recueillies comportent les aspects de la prévention

traditionnellement explorés chez les médecins généralistes et quelques informations relatives à la composition, la taille et l'équipement des groupes des médecins. Les données et la taille de l'échantillon permettent d'estimer de façon précise le taux de regroupement des médecins généralistes en France et son évolution. Le croisement des données relatives à l'organisation des cabinets avec les pratiques déclarées de prévention permet d'explorer dans le cadre de l'enquête du baromètre l'association de la pratique de groupe avec le développement des pratiques de prévention.

Ce projet fait l'objet d'un partenariat entre l'INPES et l'IRDES. Les chercheurs de l'IRDES engagés dans ce projet vont finaliser ce travail par une publication dans le rapport d'enquête du baromètre de l'IRDES. Une publication secondaire sous la forme d'un QES est envisagée pour 2010.

3 - Réalisation d'une enquête sur la perception de l'offre de soins de médecine générale auprès des anglais vivant en France (partenariat avec IFOP) : début du terrain en février 2010 – N. Pelletier Fleury, M. le Vaillant.

Ce projet vise à explorer la perception de la qualité de la satisfaction du système de soins français auprès de personnes qui ont l'expérience d'un autre système de santé. L'essentiel du projet porte sur la réalisation d'une enquête auprès de personnes de nationalité anglaise venues s'installer en France. Cette enquête est financée sur les fonds de l'année 2009.

4 - L'engagement dans l'évaluation des expérimentations de rémunération en maisons, pôles et centres de santé (article 44), Y. Bourgueil, M. Naiditch, J. Mousques

L'équipe Prospere est engagée dans l'évaluation des expérimentations de rémunération prévue au PLFSS 2008 (Art 44). Les objectifs et le cadre général de l'évaluation ont fait l'objet de deux notes successives entre juin et octobre 2009 (rédacteur Y Bourgueil). Dans le même temps, la CNAMTS s'est engagé à financer l'évaluation des expérimentations en augmentant la dotation annuelle de l'équipe Prospere. Ce travail préalable a permis de préciser les objectifs attendus et le cadre général de l'évaluation qui doit être détaillé et finalisé avec les partenaires des expérimentations (sites expérimentateurs, MRS, administrations centrales et CNAMTS) au premier trimestre 2010. Nous en repreneons les éléments principaux ci-dessous.

L'objectif final de ces expérimentations est de favoriser la **qualité et l'efficience des soins** passant notamment par :

- une meilleure organisation des soins de 1^{er} recours,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques,
- le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé, orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...
- pour finalement rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de 1^{er} recours. »

Les expérimentations telles qu'elles se déploient au travers des sites sélectionnés et de l'élaboration actuelle des contrats visent simultanément à passer un contrat avec une structure représentant un collectif de professionnels, portant sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte en échange d'une contrepartie en termes de qualité et d'efficience.

La situation est véritablement expérimentale au regard du cadre actuel de la régulation en médecine de ville qui est caractérisé par la contractualisation individuelle et la rémunération des professionnels de santé en soins de premiers recours à l'acte. Les expérimentations se distinguent également du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) que l'on peut considérer comme une innovation en termes de rémunération assortie de contrepartie tout en restant dans le cadre individuel.

L'hypothèse principale de l'expérimentation est donc celle d'une supériorité d'une combinaison d'un contrat collectif et des contrats individuels vis-à-vis des seuls contrats individuels, pour mieux organiser les soins de premiers recours, favoriser la collaboration interprofessionnelles, développer des pratiques innovantes et de nouveaux services et enfin rendre le métier des professionnels plus attractif et garantir à terme la continuité du maillage territorial.

L'alternative à cette hypothèse est de penser que les seules incitations individuelles conduiront les médecins à investir par eux-mêmes dans des dispositifs permettant d'améliorer leur performance en même temps qu'ils se regrouperont. On peut en effet imaginer qu'un financement individuel comme le CAPI puisse être mobilisé par des médecins exerçant en groupe pour se dégager collectivement des marges de manœuvres permettant d'améliorer leurs objectifs individuels.

La généralisation éventuelle du cadre contractuel et de rémunération qui est expérimenté est un enjeu de l'évaluation. L'évaluation doit permettre de définir d'une part l'intérêt mais également les conditions d'une contractualisation à plus grande échelle avec des structures collectives en soins de premier recours.

5 – Les travaux en lien avec la constitution de la base appariée OMG-SNIIRAM – Référence axe D - Construction d'un outil de recherche. P. Boissault, P.Sidon.

5.1 - La réponse à l'appel d'offre IRESP pour le financement de cohortes

L'équipe de la SFMG a répondu avec le soutien de l'équipe Prospère à l'appel d'offre de l'IRESP pour la constitution d'une cohorte. L'objectif de cette réponse était de doter l'OMG de moyens permettant sa pérennisation à court terme et sa croissance à moyen terme. Si la proposition de la SFMG n'a pas été retenue, elle a permis d'approfondir les modalités de développement de l'observatoire ainsi que l'élargissement de ses usages. A ce titre, les perspectives d'appariement ont été présentées comme faisant partie intégrante du projet de cohorte, dans la mesure où la sortie des patients de la cohorte est maîtrisable notamment par les données issues du SNIIRAM (annexe n°5).

5.2 – L'extension régionale de l'Observatoire de la Médecine Générale

5.2.1 - L'équipe de l'OMG a finalisé la signature de partenariat avec deux nouvelles Unions Régionales de Médecins Libéraux, portant ainsi à 5 le nombre de d'URML qui se sont engagés à recruter un nombre plus important de médecins au sein de leur région et à financer auprès de l'OMG la constitution d'un Observatoire Régional élaboré sur le modèle de l'OMG

nationl, c'est dire fournissant des informations régionalisées. Ce résultat renforce la capacité de l'OMG à augmenter en taille et donc à terme en représentativité.

5.2.2 – Le lancement d'une enquête auprès des médecins adhérents à l'OMG. L'équipe de l'OMG a finalisé avec l'aide de l'équipe Prospère un questionnaire destiné à l'ensemble des médecins adhérents à l'OMG (environ 600) visant à décrire leur forme et contexte d'exercice, leur organisation et leurs caractéristiques individuelles. Cette enquête qui va être menée en 2010, vise à actualiser les éléments les médecins dont les patients seront inclus dans la base appariée, mais également l'ensemble des médecins qui n'alimentent pas la base de donnée mais sont autant de correspondants de l'OMG pouvant répondre à des enquêtes ponctuelles et constituer des terrains de recherche.

5.3 - Le développement des liens SFMG ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagées de Santé)

A la suite de plusieurs contacts avec le nouveau directeur de l'ASIP (Jean-Yves ROBIN), la SFMG s'est engagé dans un partenariat avec l'ASIP qui a été formalisé par la signature d'une convention en décembre 2009 entre l'ASIP et la SFMG, dont les termes sont développés ci-dessous.

Cette convention organise le travail sous expertise SFMG à la demande de l'ASIP-Santé dans 3 domaines :

Les éléments de structuration de l'information : ensemble des exigences en termes de nomenclatures et référentiels nécessaires, et d'organisation des données (structuration des données en entrée, en résultat et en sortie de la consultation).

Le compte rendu de consultation de médecine générale structuré. En particulier, ce compte rendu a vocation à alimenter le DMP.

Les données spécifiques pour l'observatoire avec les indicateurs attendus.

La SFMG apporte son expertise en matière de structuration du dossier de médecine générale et de codage avec son outil sémiologique « Dictionnaire des résultats de consultation » (DRC) et dirige un groupe de travail dont l'objectif est de produire trois livrables en lien avec les thématiques évoquées ci-dessus :

Ces livrables seront produits par la SFMG pour juin 2010. L'ASIP Santé participe au groupe de travail et contribue à la validation des livrables

A partir de ces livrables, l'ASIP Santé prend en charge les travaux de maîtrise d'ouvrage et le financement de l'élaboration du système d'information :

- Pour la collecte : livraison des spécifications aux éditeurs de logiciels de cabinet de médecine générale. Le principe est que les médecins puissent saisir leurs comptes rendus et, sur la base du volontariat, saisir et adresser à l'observatoire les données spécifiques aux indicateurs.
- Pour l'exploitation des données : mise en œuvre d'un entrepôt de données et des outils d'analyse avec le concours d'une maîtrise d'œuvre.

Les modalités de gestion des données collectées sont prévues de la façon suivante :

La SFMG et l'ASIP Santé définissent les modalités d'utilisation des données. Le comité de déontologie de l'ASIP Santé et le comité de liaison des professionnels de santé peuvent être sollicités pour participer à la définition des différents usages possibles des données collectées :

Les données pourraient ainsi être mises à disposition à des fins de recherche et de connaissance épidémiologique pour la veille sanitaire.

L'usage des données est gratuit pour la SFMG au titre de son apport en industrie (notamment élaboration et maintenance du DRC) ainsi que pour les membres de l'ASIP Santé (Etat et CNAM TS).

Les modalités précises de la gouvernance de l'observatoire de données de médecine générale à vocation de santé publique restent à définir.

II.4 - Travaux prévus au programme et non réalisés en 2009

1 - Le recensement à réaliser sur les modèles d'analyse/évaluation de la performance des organisations de soins primaires par la revue de la littérature – référence Axe A1 - Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte français.– Y. Bourgueil.

Ce travail n'a pu être réalisé en 2009, en raison d'un fort investissement dans la coordination générale de l'équipe, et plusieurs travaux prioritaires comme l'appariement OMG-SNIIRAM, les évaluations des MSP et centres de santé ainsi que le colloque du 21 octobre en fin d'année l'évaluation des expérimentations. Cet axe apparaît prioritaire pour l'année 2010 et pourra notamment se poursuivre dans le cadre de collaborations internationales mais également dans le contexte Français.

2 – L'approfondissement des travaux relatifs à l'évaluation de l'efficacité des organisations de soins dans le cadre de l'extension du programme ASALEE. Référence axe B3 – L'étude des liens entre les formes d'organisations des soins de premiers recours et leurs résultats en termes d'efficacité d'efficacité et d'équité (J. Mousques, Y. Bourgueil).

Contrairement à ce que nous avons programmé initialement, les promoteurs du dispositif ASALEE, actuellement en voie d'extension n'ont pas souhaité s'engager dans un travail plus approfondi d'évaluation du dispositif. Cela tient en partie à l'engagement des promoteurs de l'équipe ASALEE auprès d'une autre équipe d'évaluation (équipe Kervasdoué) mais également une forte incertitude sur la pérennisation du dispositif toujours financé dans un cadre expérimental. C'est donc au travers de l'évaluation des expérimentations de rémunération et notamment la réalisation d'un premier bilan au cours de l'année 2010 que le travail prévu avec le terrain ASALEE va être réalisé.

III. Valorisation

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

Articles soumis à revues à comité de lecture

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

Effect of a French experiment of team work between General Practitioners and Nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Mousquès J., Bourgueil Y., Le fur P, Yilmaz E. - Soumission en octobre 2009 à la revue Health Policy.

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

Publications non soumises à comité de lecture

[Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne.](#) Bourgueil Y., Clément M.-C., Couralet P.- E., [Mousquès J.](#), [Pierre A.](#)

Questions d'économie de la santé IRDES n° 147. 2009/10.

[Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.](#) Bourgueil Y., Marek A., [Mousquès J.](#)

Questions d'économie de la santé IRDES n° 141. 2009/04.

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

Publications prévues en 2010

Numéro spécial de la RFAS - Actes du colloque en juin/juillet 2010

Revue de la littérature soins primaires et inégalités de santé – Questions d'économie de la santé 2010

Papiers PHAMEU – Deux publications en langue anglaises dans le cadre du projet PHAMEU

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

Satisfaction des patients et médecine générale : données ESPS

Communications orales en 2010

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

Plusieurs communications et interventions au 3^e Congrès de la Médecine Générale - Acropolis, 25-27 Nice

Quelles spécificités des maisons de santé pluridisciplinaires, en termes d'offre, d'activité, de recours aux soins et de prise en charge ? - MC Clement, PE Couralet, J Mousquès, A. Pierre, Y Bourgueil.

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

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

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

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

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

HDR, Thèses et Master 2

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

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

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

Mémoire de master 2 – Nicolas Chauvel

Mémoire de Master santé Paris Dauphine - Emmanuelle Guedy

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

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

Premières journée Scientifique de l'assurance maladie : analyser et accompagner les transformations du système de soins J Mousques, Y Bourgueil

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

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

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

Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques, en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ? 21 octobre 2009

31^e Journées des économistes de la Santé Français. 3 et 4 décembre 2009, N. Krucien, C Franc

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

C. Activité translationnelle

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

Rencontre de la Ministre de la santé à l'occasion d'un diner de réflexion prospective sur les évolutions du système de soins – Y. Bourgueil

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

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

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

IV. Pérennisation de l'équipe

Au stade actuel de développement du projet, il n'est pas envisagé de solution spécifique pour la pérennisation de l'équipe, le projet ayant encore trois années devant lui. Cette question est néanmoins très présente dans les débats de l'équipe et à été envisagée à l'occasion de l'écriture de la convention tripartite SFMG, CERMES, IRDES. C'est le modèle d'une convention de Groupement d'Intérêt Scientifique que nous avons utilisé, l'équipe Prospere paraissant plus proche d'un GIS.

L'importance d'un cadre de gestion des exploitations des données médico-économiques.

La constitution d'une base de données appariées OMG – SNIIRAM, dans le cadre de l'équipe PROSPERE et de son projet pose une question de pilotage institutionnel. En effet, les données issues de l'appariement peuvent être mobilisées pour de multiples analyses en dehors du cadre de recherche Prospere. Ainsi, la réflexion relative à des modalités de rémunération à partir de forfaits définis pour des pathologies, ou l'analyse des comportements de prescription des différents professionnels intervenant au cours du parcours de soin d'un patient peuvent *a priori* être alimentées par des analyses menées sur la base appariée. Il importe donc de définir un cadre qui permette de gérer les demandes d'utilisation des données issues de chaque partenaires SFMG et CNAMTS. Il est donc possible que la question de la pérennisation se pose au travers de l'outil de recherche que constitue la base de données appariée avant même la pérennisation de l'équipe en tant que telle.