



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

## Contact

 [prospere@irdes.fr](mailto: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/ProspereRapportActivite2011.pdf>



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

**Rapport année 2011 pour l'équipe émergente PROSPERE**

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

**I. Renseignements administratifs et financiers**

**A. Identification du projet**

Titre du projet de l'équipe	PROSPERE (Partenariat de Recherche pour l'Organisation des Soins de PrEmiers Recours)
Responsable scientifique de l'équipe (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Yann Bourgueil - IRDES

Référence convention/décision	
Période du projet (date début – date fin)	1 <sup>er</sup> janvier 2009 – 31 décembre 2012.
Période faisant l'objet du rapport (date début – date fin)	1 <sup>er</sup> Janvier 2010 – 31 décembre 2011
Rédacteur de ce rapport : nom	Equipe Prospere
Téléphone	01 53 93 43 20
Adresse électronique	bourgueil@irdes.fr
Date	14 décembre 2010

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

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation...)
Boisnault	Philippe	Médecin Généraliste	1 <sup>er</sup> janvier 2009 31 octobre 2011	34 mois	CDD Honoraires
Szidon	Philippe	Médecin Généraliste	1 <sup>er</sup> janvier 2009 31 octobre 2011	34 mois	CDD Honoraires
Duhot	Didier	Médecin Généraliste	1 <sup>er</sup> janvier 2009 31 octobre 2011	34 mois	CDD Honoraires
Clerc	Pascal	Médecin Généraliste	1 <sup>er</sup> janvier 2011 31 octobre 2011	10 mois	Honoraires
Daniel	Fabien	Gestionnaire de bases de données pour la gestion de l'appariement	1 <sup>er</sup> octobre 2011	Indéterminée	CDI
Burdet	Charles	Interne de Santé Publique	1 <sup>er</sup> novembre 2010 30 avril 2011	6 mois	CDD salaire
Sicsic	Jonathan	Stagiaire de l'ENSAI	1 <sup>er</sup> avril 2011 31 décembre 2011	9 mois	CDD salaire
Dumontet	Magali	Doctorante	1 <sup>er</sup> novembre 2011 31 décembre 2011	2 mois	CDD salaire
Krucien	Nicolas	Doctorant	1 <sup>er</sup> octobre 2011 31 décembre 2011	3 mois	CDD salaire

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

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

Année 2011 (enveloppe globale 350 K euros pour la période octobre 2010 à octobre 2011) avec avenant en cours de signature pour le suivi des ENMR qui portera sur la période 2011 - 2012

Equipe	Fonctionnement	Prestations	Frais de personnels
SFMG			23
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,...)*

### **Ressources Humaines**

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

### **Ressources financières**

Un financement spécifique a été accordé pour la réalisation de l'évaluation des nouveaux modes de rémunération, dont le nombre de sites a été augmenté (150 en 2011). L'enveloppe globale du projet Prospere est ainsi passée de 250 à 350 keuros de 2009 à 2010 et a de nouveau été augmentée en 2011 pour atteindre 450 Keuros (l'avenant n'a pas été signé à ce jour). Le montant dédié spécifiquement à l'évaluation des ENMR s'élève donc à 250 keuros en 2011 (il comprend une part de la dotation dédiée à l'Irdes dans le projet Prospere (50 Keuros) et 100 keuros supplémentaires pour assurer l'extraction et la mise en forme des données de l'Assurance maladie ainsi qu'une enquête auprès des sites, réalisés par l'Irdes, et des recueils de données complémentaires réalisés par la SFMG, notamment pour la constitution d'échantillon témoin. Une augmentation de 170 Keuros pour les années 2011 et 2012 a été décidée par la CNAMTS sur demande de la direction de la sécurité sociale du ministère de la santé pour une extension des ENMR de 20 à 150 sites Enfin, une partie de ces ressources sera également dédiée au soutien de Cécile Fournier dans le cadre de sa thèse qui contribue à l'évaluation des ENMR (déplacements notamment).

---

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

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

Les travaux de l'équipe se sont organisés autour de quatre axes en lien avec quatre objectifs spécifiques. Trois d'entre eux ont été investis en priorité en 2009 et 2010 et pour certains ont d'ores et déjà produit des résultats. Le quatrième<sup>1</sup>, qui porte sur l'évolution des rôles professionnels au sein des nouvelles formes d'organisation des soins, a été initié en 2011 dans le cadre du projet de thèse de Cécile Fournier et a fait également l'objet d'une réponse à l'appel d'offres européen FP7-HEALTH-2012-INNOVATION-1<sup>2</sup> (réponse pour une présélection le 8 décembre, puis réponse finale en mars 2012 pour un démarrage début 2013, voir annexe n° 1). Sous réserve d'une sélection du projet par la Commission européenne, la participation de l'équipe Prosper passerait par l'Irdes et s'appuierait notamment sur des sites suivis dans le cadre des ENMR. Thomas Cartier, chef de clinique s'inscrirait alors dans ce projet pour la réalisation d'une thèse de santé publique sur trois années.

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

---

<sup>1</sup> Il porte sur l'analyse des formes organisées des soins de premiers recours mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie autour de la redistribution des rôles et des activités entre professions et usagers à l'échelon micro et macro du système de soins

<sup>2</sup> (abstract) Healthcare systems across Europe face major challenges, including rising costs, workforce shortages, and unacceptable variations in safety and quality of healthcare. Changing the skill mix of health professionals is one strategy to address these challenges. Skill mix change is currently applied in many countries, although at varying degrees and in different ways. Skill mix refers to both the mix of staff in the workforce and to the division of professional roles and activities. Research has found that skill mix change can improve quality, reduce costs and contribute to workforce development. Nevertheless, large-scale and sustainable implementation of skill mix changes in healthcare practice poses major challenges that need to be addressed. Move2MX aims to provide scientific knowledge that guides healthcare decision makers in the successful implementation of changes in health professionals' skill mix. Move2MX includes six countries, including the United States that all have extensive experience with skill mix changes in healthcare. Conditions which facilitate or hinder skill mix changes, including professional education, reimbursement, regulations, attitudes, and change management will be studied in WP1, WP2, and WP3. The impact of skill mix in naturalistic healthcare practices on quality, safety, costs of and access to primary healthcare services will be examined in WP4 and WP5. Project results will be actively disseminated to various audiences (policy makers, healthcare authorities, professional bodies and scientific community) to promote knowledge transfer. A series of scientific papers, reports for policy makers, factsheets on conditions for optimal implementation of skill mix changes and on impact of skill mix changes, (invitational) conferences,

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

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

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

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

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

Dans le cadre théorique de l'économie du bien-être, qui postule que les préférences individuelles fondent la valeur des biens et des services hors marché, diverses méthodes de révélation des préférences ont été proposées. On peut citer, par exemple, la méthode de l'évaluation contingente (Ryan M. *et al.*, 2001). Depuis quelques années, une autre méthode de révélation des préférences dans le domaine de la santé est explorée. Il s'agit de l'analyse conjointe, fondée sur la théorie de Lancaster, selon laquelle les individus dérivent une utilité (ou préférence) non pas de la quantité du bien qu'ils consomment, mais des attributs de qualité et niveaux d'attributs qui caractérisent ce bien. Nous mobilisons, dans ce travail de recherche, la méthode des choix discrets (MCD). On fait l'hypothèse, ici, que le choix du médecin traitant résulte d'un arbitrage implicite entre divers attributs de qualité de l'offre de soins proposée, qu'il s'agit là de faire révéler. La MCD en santé a beaucoup été utilisée ces dernières années. Nous avons réalisé une revue de la littérature à ce sujet. Nous avons fait ce détour de production en utilisant la grille de Louvière (Louvière *et al.*, 2008) pour apprécier les points forts et les faiblesses de ces études afin d'en tirer des enseignements pour la mise en

œuvre de notre propre travail de recherche. Cette revue de littérature a été soumise à publication dans *Pharmacoeconomics*<sup>3</sup>, aujourd'hui en première lecture.

Cette recherche a été réalisée suivant deux étapes :

Une première étape, aujourd'hui achevée, a consisté à identifier les aspects des services de soins de premiers recours auxquels, en France, les usagers accordent la plus grande importance, travail préliminaire mené grâce à l'utilisation d'une méthode d'enquête de type Delphi « classant ». Les aspects relatifs à la dimension relation médecin-patient (obtention d'informations sur la maladie ; connaissance de l'histoire médicale du patient ; écoute ; clarté des explications du médecin ; obtention d'informations sur le traitement) et à la dimension coordination (coordination des différents types de soins ; aide à l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un spécialiste) revêtent une grande importance aux yeux des usagers avec respectivement des scores moyens d'importance de 8.05 (écart-type : 0.81) et de 7.81 (écart-type : 1.57) sur une échelle de 0 à 9. A l'opposé, les aspects relatifs à l'organisation des soins de premiers recours, en termes de structure d'exercice ou de caractéristiques du médecin ne semblent pas importants pour les usagers (exercice du médecin en groupe ; exercice du médecin dans une structure pluri-professionnelle ; genre du médecin ; âge du médecin), avec un score moyen d'importance proche de 3 (écart-type : 2.1). Ces premiers résultats permettent d'apporter un éclairage original sur les changements organisationnels aujourd'hui en cours en France (loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »). Ces changements pourront répondre aux préoccupations des usagers aux conditions de préserver la capacité d'échange d'informations entre le médecin et le patient et de réduire la fragmentation de la prise en charge médicale globale du patient. Autrement dit, c'est bien l'effet des formes d'organisations nouvelles, souhaitées par les professionnels où à l'initiative du régulateur, sur les modalités de la relation patient médecin qui sont à explorer en termes de performance. Ce point est d'ailleurs soulevé par les partenaires internationaux, qui pointent la « perte » de continuité des soins constatée au Royaume-Uni, sous l'effet du développement des pratiques de groupes pluridisciplinaires. La dimension de la continuité relationnelle entre le patient et le médecin apparaît ainsi constituer un élément probablement déterminant de la performance des organisations de soins primaires, tout au moins du point de vue des patients. Cette dimension de la continuité a également été analysée dans le cadre de l'évaluation des MSP (taux de partage des patients) et également mise en évidence par l'enquête monographique réalisée auprès des centres de santé dans l'enquête Epidaure (la dimension de la continuité relationnelle dans les centres de santé est mise en avant dans certaines structures notamment associatives, elle semble plus difficile à assumer en cas de temps partiels multiples). L'équilibre entre relation personnalisée et relation plus globale à l'organisation apparaît ainsi comme un enjeu de la performance en soins primaires. Ce travail a été publié dans *Health Expectations*<sup>4</sup>. Il a aussi fait l'objet d'un numéro de *Questions d'économie de la Santé*<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> *What remains for improvement in health stated preference discrete choice modeling? A systematic review of practices.* Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Soumis à *Pharmacoeconomics*, 2011 (en 1<sup>ère</sup> lecture).

<sup>4</sup> *Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method.* Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. *Health Expect.* 2011 Jun 17. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00698.x. [Epub ahead of print]

<sup>5</sup> *Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ?* Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury. *Questions d'Economie de la Santé* n°163, mars 2011.

Dans le prolongement de cette 1<sup>ère</sup> étape, une enquête de choix discrets, réalisée chez des patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques, est en cours d'achèvement. Rappelons qu'en France aujourd'hui, plus de 6.5 millions d'individus ont une affection de longue durée reconnue par le régime général. Cette forte croissance de la part des patients atteints d'affections chroniques dans les bénéficiaires de l'offre de soins de premiers recours constitue un défi majeur car ces patients présentent des besoins spécifiques de prise en charge médicale, notamment en termes de coordination et d'information. A ce jour, le nombre d'initiatives visant à améliorer la réponse de l'offre de soins de premiers recours à leurs besoins reste relativement limité. L'organisation dominante des soins reste un modèle de réponse rapide à des besoins médicaux ponctuels (épisodes de soins aigus) (Wagner EH et al, 2001). En 2008, une étude réalisée dans huit pays de l'OCDE (dont la France) auprès de patients chroniques montrait que plus de la moitié des répondants percevaient d'importantes possibilités d'amélioration de l'offre de soins, et que pour plus d'un tiers des patients chroniques aux Etats-Unis, le système de santé devrait être complètement refondé (Schoen C et al, 2009). L'inadéquation de l'offre de soins aux besoins des patients atteints d'affections chroniques est source d'inefficience (Holman H et al, 2000). Face à cela, différents modèles de soins de premiers recours ont été élaborés depuis la fin des années 90. Le « Chronic Care Model » (CCM) développé aux Etats-Unis constitue une des initiatives les plus abouties (Bodenheimer T et al, 2002). Il est fondé sur une réorganisation de la pratique des soins de premiers recours à partir de modifications intervenant tant au niveau de la relation entre le professionnel de santé et le patient (partage de la décision médicale ; facilité la communication du patient ; etc.), qu'au niveau des modalités de prise en charge du patient (nombre et rôle des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge ; utilisation d'outils de communication pour améliorer le suivi du patient ; etc.). En fonction du contexte sanitaire, sa mise en œuvre peut être plus ou moins difficile à réaliser en pratique de routine. Notre enquête de choix discrets a été réalisée sur la base d'un questionnaire élaboré à partir des aspects novateurs de la prise en charge proposée par le CCM (aide à l'autogestion par le patient ; consultation de groupe ; suivi spécifique des pathologies chroniques ; etc.) [Fiche n° 1, page 23].

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

Les recherches conduites dans le cadre de l'évaluation médico-économique des organisations de soins ont pour objectif principal d'analyser les liens entre les pratiques de regroupement et de coopération interprofessionnelles, leur hétérogénéité, et la performance en termes d'efficacité des pratiques de prise en charge et d'efficience (productivité, coût, efficacité/coût...) comparativement à d'autres modes d'exercice traditionnels (regroupé mono-disciplinaire ou isolé). De la littérature théorique et empirique sur ce thème nous pouvons poser deux hypothèses principales : (1) les exercices collectifs pluridisciplinaires sont plus attractifs puisqu'ils favorisent de meilleures conditions de travail ainsi qu'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ; (2) les exercices collectifs pluridisciplinaires sont plus efficaces et efficients – notamment du fait de leur capacité à générer des économies de gamme et d'échelle – que les autres. Relativement à cette dernière hypothèse nous pouvons par ailleurs poser les deux sous hypothèses suivantes : (2.1.) la part actuelle du financement s'appuyant sur le paiement à l'acte constitue une barrière à la mise en place de coopération et travail en équipe ; (2.2.) les comportements individuels sont modifiés par les relations économiques et professionnelles entre les membres du groupe ; il convient de tenir compte : (2.2.1.) de l'arbitrage qui s'opère au sein des structures collectives entre partage

des risques financiers (partage des coûts et/ou des revenus) et efficacité<sup>6</sup> (compensation des efforts fournis), (2.2.2.) mais également de la « culture » du groupe et/ou des professionnels au sein du groupe qui conditionne les processus d'interactions entre les individus (comparaison des revenus, des efforts à produire, de l'entraide...). Nos opérations de recherche investiguent ces différentes hypothèses.

Nous avons estimé de façon plus juste la part des généralistes regroupés et l'attractivité de ce mode d'exercice et son évolution au cours des dix dernières années. A partir des différentes vagues d'enquête du « Baromètre santé médecins généralistes » 1998, 2003 et 2009 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), nous avons ainsi pu estimer que la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009<sup>7,8</sup>. Nous avons également confirmé dans ce travail que le regroupement permet une amélioration notable des conditions d'exercice en favorisant un meilleur équilibre entre revenu/travail-loisir : les généralistes regroupés, sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine, déclarent travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls; ils semblent également prendre plus de jours de congés sur l'année.

Nous avons ensuite finalisé des travaux exploratoires, engagés préalablement à la constitution de l'équipe Prospère, d'évaluation des exercices collectifs en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé (CDS)<sup>9</sup> et de coopération entre généralistes et infirmières<sup>10</sup>, afin d'en évaluer la performance. Les travaux sur les MSP et CDS ont mis en évidence la très grande hétérogénéité de ces structures en termes d'organisation (projet, gamme de soins et services, équipement, composition, organisation interne, coopération, caractéristiques des populations suivies...). Des éléments convergents se dessinent néanmoins, en termes de coopération entre généralistes d'une part et entre généralistes et autres professionnels d'autre part, d'accessibilité dans le temps accrue, d'impact sur la qualité des pratiques (uniquement évalué pour les MSP pour le diabète de type 2) et d'impact en termes d'amélioration de l'équilibre entre temps de travail et loisir. En outre, nous n'avons pas constaté une dépense augmentée en ambulatoire dans ces structures. L'évaluation de la coopération entre généralistes et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalee a démontré son efficacité et son efficacité dans la prise en charge des patients diabétiques de types 2.

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

---

<sup>6</sup> Notamment en raison de la présence de relation d'agence et d'asymétries d'information entre les membres du groupe source possible de comportement de passager clandestin.

<sup>7</sup> Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 157. 2010/09.

<sup>8</sup> Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y., *Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Santé publique, suppl. au n° 4, S79-S90, 2009/07/08*

<sup>9</sup> *Rapport Irdes en cours de parution pour la fin 2011*

<sup>10</sup> Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur Ph., Yilmaz E. *Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. Health Policy* 98 (2010) 131–143.

En pratique, les ENMR sont mises en œuvre au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS) chargées de repérer et sélectionner les promoteurs.

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

L'année 2011 a ainsi été largement consacrée à la finalisation et à la mise en œuvre de l'évaluation économique de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR<sup>11</sup>) [Fiche n° 2, page 28]. Les investissements méthodologiques réalisés dans le cadre des travaux préalables ont permis de bâtir un protocole complet d'évaluation des ENMR, selon un cadre d'évaluation global avant/après contrôlé, qui vise à comparer les cas à différentes catégories de groupes témoins (« locaux » et « nationaux ») selon différentes dimensions. Ce travail a été complété d'une revue de la littérature sur le lien entre regroupement et performance, afin de valider les derniers choix méthodologiques<sup>12</sup>. L'évaluation des résultats portera sur l'activité des professionnels (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes), la consommation de soins des patients/assurés avec une analyse de l'efficacité et de l'efficacité des pratiques et des parcours de soins (source : données Assurance maladie).

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

Le protocole de recherche et les premières analyses ont fait l'objet de communication à l'Idep et l'IHEA en 2011, complétée des nouvelles extractions de données cette recherche fera l'objet d'une première soumission pour publication dans une revue à comité de lecture à la fin janvier 2012.

L'environnement (analyse des caractéristiques de la zone d'implantation) fait en outre l'objet d'une analyse spécifique conduite par Guillaume Chevillard, étudiant inscrit en master 2 recherche en géographie et qui poursuit désormais cette recherche dans le cadre d'une thèse au sein du laboratoire Espaces, santé et territoire de l'université Paris Ouest, sous la direction de Gérard Salem [Fiche n° 3, page 34].

L'organisation et la production des soins fait également l'objet d'une analyse spécifique, de nature sociologique et qualitative, de la réorganisation des tâches autour de l'éducation

---

<sup>11</sup> Luciano L., Mousquès J., Bourgueil Y. *Payment Pilots in Primary Care Group Practices. 2010, Health Policy monitor*

<sup>12</sup> *A paraître en 2011 dans la Revue française des affaires sociales (RFAS)*

thérapeutique des patients, par Cécile Fournier, inscrite en thèse de santé publique, sous la direction de Martine Bungener [Fiche n° 4, page 36]. Ce travail de thèse qui a démarré en 2011 et qui s'appuie sur des terrains des ENMR, va également contribuer à alimenter les travaux relatifs à l'évolution des métiers dans les nouvelles formes d'organisation en soins primaires.

### 3 - L'analyse des incitations des offreurs

En 2009, la France a rejoint de nombreux pays en introduisant dans le secteur ambulatoire, des incitatifs explicites (Capi) visant à conditionner une partie de la rémunération à la performance qualitative (paiements à la performance - P4P). Alors même que ces paiements n'ont pas fait la preuve de leur efficacité ni de leur « innocuité », la part de ces paiements, plus ou moins aléatoire, s'accroît, renforçant la nécessité d'en comprendre les implications. Selon Mannion and Davies (2008) « *Pay for performance is based on the bold hope that the incentives offered will enhance desired behaviours with few unwanted effects in other areas* ». Ainsi, les auteurs posent la question d'une part de la capacité de ces incitatifs à générer une plus grande efficacité des organisations de soins de premiers recours et, d'autre part, de la nature de l'incitation (redistribution, prime, sanction) et des effets potentiellement pervers de ce type d'incitations.

Par ailleurs, la multiplication récente des modes alternatifs d'organisation de soins de premiers recours mais aussi l'évolution du rôle du médecin généraliste, devenu médecin traitant depuis 2004, « *gatekeeper* », modifient potentiellement les relations « contractuelles » entre les acteurs – entre les médecins eux-mêmes, avec les patients et ou les financeurs notamment, mais pas seulement du fait de la réalité des incitations économiques. Compte tenu de ces évolutions récentes et structurantes, quelle est la réalité aujourd'hui de l'exercice médical des médecins généralistes libéraux en France ? Existe-t-il des profils particuliers de médecins généralistes au regard de leurs choix de pratique ? Encore aujourd'hui essentiellement rémunérés à l'acte, sont-ils satisfaits de leur rémunération comme de l'exercice de leur profession ? Qu'en est-il de cet épuisement professionnel dont on entend parler au sujet des médecins ? Rencontrent-ils des difficultés particulières ? À quel niveau ? Et, dans cet environnement, y-a-t-il des effets « pervers » à renforcer et complexifier les incitatifs explicites ?

L'analyse des incitations des offreurs a fait l'objet d'un investissement spécifique en 2010, le protocole de l'enquête en région Midi Pyrénées comme la nature des informations recueillies ont fait l'objet de discussions collectives au sein de l'équipe Prospere. Entre mars et juillet 2010, en collaboration avec l'URML de Midi-Pyrénées, nous avons mené une enquête auprès de l'ensemble des médecins généralistes en activité dans la région (soit environ 3000 MG) en ciblant les 500 premiers médecins répondants. Le questionnaire construit autour de 4 axes « *organisation de votre pratique* », « *contenu de votre pratique et votre patientèle* », « *votre satisfaction et vos contraintes* », et enfin, « *quelques questions sur vous* » a permis de collecter des données originales et riches concernant au total 423 médecins. L'échantillon de MG est représentatif des médecins de la région en termes d'âge (âge moyen 52.1 vs 50.1 pour la région), en termes de répartition entre les différents départements, avec toutefois une proportion d'hommes répondants plus importante que la proportion des médecins hommes dans la région. En termes de revenus nets moyens, les médecins de l'échantillon sont dans la moyenne nationale (CA moyen = 124 714 € ; en appliquant le taux de charge moyen de 2007 de 43.3 %, le revenu annuel moyen est de 70 713 € vs 71 690 € en moyenne pour les omnipraticiens en 2008) [Fiche n° 5, page 39].

Les résultats des différentes exploitations de l'échantillon ont été collectivement discutés à l'occasion de présentations au cours des réunions mensuelles de l'équipe. Ces analyses menées pour certaines dans le cadre de mémoires de Master 2 (Dauphine et Paris 11) et de 3<sup>e</sup> année Ensai sont en cours de valorisation.

Une première étude a consisté à construire une typologie des médecins généralistes au regard des choix de pratiques et du contenu de cette pratique (groupe vs solo/ permanence des soins vs non, intensité de l'activité, échanges avec autres professionnels, etc.) [Fiche n° 5, page 39]. Ainsi, nous avons identifié 4 profils distincts de médecins généralistes.

Cette première analyse a également permis de confirmer les difficultés des MG puisque plus de 20 % d'entre eux déclarent ressentir souvent un sentiment de « *burnout* », traduisant au moins un épuisement professionnel fréquent. L'étude des déterminants de cet épuisement professionnel des MG met en évidence des caractéristiques susceptibles de protéger les médecins de cet épuisement. Il s'agit notamment du fait d'exercer en groupe, d'échanger de façon fréquente avec d'autres médecins et de « spécialiser » partiellement sa pratique par un mode d'exercice particulier ou une activité spécifique pour moins du tiers de son temps professionnel [Fiche n° 5, page 39].

Par ailleurs, il est intéressant de mieux comprendre quels pourraient être les potentiels effets « pervers » ou « désincitatifs » de ces incitatifs économiques explicites (tels que le P4P, par exemple) au regard de l'idée que les médecins généralistes se font de leur rôle de médecin et de la satisfaction que cette activité leur procure indépendamment des rémunérations (Motivations Intrinsèques, MI). Sur ces mêmes données, nous construisons, un score de motivations intrinsèques selon une approche exploratoire et une analyse critique des méthodes statistiques. Nous montrons notamment qu'un proxy souvent utilisé pour caractériser les MI - la fourniture de prévention- est relativement peu convaincante car elle tend à surestimer les MI. Nous comparons ensuite le score de MI obtenu par médecin avec un indicateur simple de ME (Motivations Extrinsèques, CA/acte) et il semblerait que nos résultats, sans pouvoir établir de relation de causalité, tendent à conforter l'hypothèse de l'effet d'éviction des MI par les ME [Fiche n° 5, page 39].

Suite à cette analyse qui tend à mettre en évidence les différences de préférences entre les médecins, nous nous sommes interrogées sur la différence d'activité et de rémunération entre hommes et femmes médecins. Ainsi, nous avons mesuré l'écart de salaire entre hommes et femmes médecins à près de 26 % en faveur des hommes. La décomposition d'Oaxaca-Ransom (1994) nous a permis de distinguer la partie du différentiel de revenu liée à des différences de caractéristiques (73 %, dont 64 % expliqués par les écarts de nombre d'actes fournis en moyenne par an), de celle liée à des différences de rendement de ces mêmes caractéristiques dans la formation du revenu. En analysant ces différences de rendements, il est intéressant de noter que comme Gravelle (2011), nous montrons que les femmes ont un avantage significatif de rendement pour le nombre total de consultations/visites par an : effectuer un acte supplémentaire est plus rémunérateur pour les femmes que pour l'ensemble des médecins généralistes de l'échantillon [Fiche n° 5, page 39].

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

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

Le processus d'élaboration d'un cadre d'analyse nécessite la définition préalable du champ des soins de premiers recours dans le contexte français (curatifs, préventifs, soins à domicile ou non, permanence des soins, coordination etc.) pouvant conduire à retenir certaines dimensions d'analyse et de mesure de la performance des structures organisationnelles de soins de premiers recours, des processus mis en œuvre au sein de ces organisations et des résultats obtenus. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de juillet 2009, constitue une étape importante de l'évolution du système des soins ambulatoires puisqu'elle définit les soins de premiers recours, annonce la constitution de schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires et inscrit les missions des professionnels de premiers recours dans la loi. Le système de soins primaires français présente donc désormais des éléments normatifs (loi), et pose également les bases de la reconnaissance du rôle de certaines professions de premiers recours et, en premier lieu, les médecins généralistes. Cependant, si le cadre est posé, il n'en reste pas moins que la mise en œuvre opérationnelle reste à réaliser. C'est à l'échelon régional, dans le respect des spécificités géographiques, sociologiques, économiques et culturelles que les soins primaires vont être concrétisés en France. La performance en soins primaires sera donc en partie déterminée par les cadres opératoires dont se doteront les acteurs du système de santé régional et national pour organiser les soins notamment dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. La définition des soins primaires a été principalement abordée de façon exploratoire et théorique par des travaux menés en 2009 et achevés en 2010 (cf. rapport d'activité 2009-2010 précédent avec la tenue d'un colloque au mois d'octobre 2009 et d'une publication dans un numéro spécial de la *RFAS* en septembre 2010<sup>13</sup>). En 2011, la valorisation<sup>14</sup> dans le cadre du projet Européen Phameu s'est poursuivie (soumission d'un article collectif sur les résultats de Phameu et préparation d'un ouvrage final pour 2012). La mise en œuvre de la réforme des ARS en 2010/2011, n'a pas permis d'engager avec des institutions en pleine transformation un travail plus empirique d'analyse de la constitution des territoires de premiers recours. Un premier partenariat avec une ARS est envisagé pour l'année 2012. La thèse de Guillaume Chevillard (citée précédemment) orientée vers la constitution des territoires de proximité à partir de l'analyse des sites ENMR va contribuer à la production de connaissance sur la nature des territoires de premiers recours en émergence, les principes de constitution de ces territoires (temps d'accès, indicateurs de besoins médicaux et ou sociaux), leur articulation avec le secteur médico-social, mais également les effets des formes organisées de soins sur ces territoires en termes d'accès aux soins et de développement. Ces éléments de la performance en soins de premiers recours seront donc particulièrement explorés en 2012 [Fiche n° 6, page 45].

---

<sup>13</sup> *Politiques et organisation des primaires en Europe et aux USA. Quels enseignements pour la France ? in Revue Française des Affaires sociales, N°3. Juillet – septembre 2010, 64<sup>e</sup>, La documentation Française.*

<sup>14</sup> *Kringos DS., Boerma GW., Bourgueil Y. et al. The European Primary Care Monitor: Structure, Process and Outcome Indicators. BMC Family Practice, 2010, 11:81.*

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

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

Un des premiers travaux a été de réaliser une analyse critique des modalités de repérage des populations cibles par les médicaments remboursés pour le calcul des indicateurs de performance (actuellement pratiqué en France). On sait qu'au Royaume-Uni, par exemple, où le paiement à la performance fonctionne depuis avril 2004, le repérage des populations cibles se fait sur la base de données cliniques recueillies par les praticiens, de façon standardisée, durant la consultation, grâce à l'utilisation de logiciels médicaux répondant à des normes de compatibilité permettant ensuite le transfert des données et leur analyse. Des critiques émanent sur ces deux modes de repérage des populations cibles. Ce travail avait pour objectif, sur la base des données de l'OMG, d'analyser l'intérêt et les limites des repérages « clinique » et « médicamenteux » d'une population de patients diabétiques et hypertendus de plus de 50 ans (60 ans pour les femmes) et ses éventuelles conséquences sur le calcul de deux indicateurs de P4P. Les résultats ont été largement débattus avec la Cnamts. Un papier est actuellement soumis à publication dans *BMC Public Health*, aujourd'hui en première lecture<sup>15</sup>. Une reprise du papier en français soumis à la RESPE et refusée en deuxième lecture est réalisée dans la revue POS (Pratique et Organisation des Soins)

Le deuxième travail sur les indicateurs Capi a cherché à décomposer par une analyse statistique les différents déterminants de la variabilité de l'indicateur au-delà de la pratique du médecin. Ont ainsi été mis en évidence des caractéristiques propres aux patients (âge, sexe, couverture CMU). Certaines caractéristiques propres au médecin (femme, jeune, avec une patientèle de taille modérée) comme notamment l'exercice dans le cadre d'un groupe ou la participation à un group de pairs sont apparues également associées à une amélioration de l'indicateur. L'indicateur étudié étant la qualité du suivi des patients diabétiques à partir d'une large base de données de la Cnamts de la région Bretagne. Ce travail qui a été réalisé dans le cadre d'un Master 2 et a fait l'objet d'un papier soumis à la revue *European Journal of Public Health*, aujourd'hui accepté<sup>16</sup>.

Enfin, un troisième travail également achevé, a été mené sur les problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance dans le cadre de la mise en place du Capi. Si des travaux ont déjà été réalisés en France pour étudier les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, aucun à notre connaissance n'a jamais été réalisé sur la mise en place du paiement à la performance des médecins traitants en milieu ambulatoire. Pourtant, alors que les Capi ont été accueillis avec réticence à la fois par les syndicats de médecins et certaines institutions professionnelles comme le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ils ont rencontré un réel succès auprès des médecins généralistes français. Des raisons d'ordre éthique ont été mises en avant par le Cnom pour justifier leur scepticisme. Les points de vue des médecins à ce sujet n'ont jamais

---

<sup>15</sup> *How to target patients with diabetes and hypertension to measure the performance of general practitioners. O. Saint-Lary, P. Boisnault, D. Duhot, P. Szidon, Y. Bourgueil, N. Pelletier-Fleury. Soumis à BMC Public Health, 2011 (en 1<sup>ère</sup> lecture).*

<sup>16</sup> *General practice variation in diabetes care prior to the implementation of a pay-for-performance program (P4P) in France. N. Chauvel, M. Le Vaillant, N. Pelletier-Fleury. European Journal of Public Health. A paraître.*

été recueillis ? Cela a constitué l'objectif de ce travail de recherche mené grâce à des entretiens collectifs de type focus group, dont le contenu a été analysé et à la suite desquels un questionnaire fermé a été construit (dont les données seront exploitées dans un deuxième temps) [Fiche n° 7, page 48]. La partie qualitative du travail est soumise à publication dans *Journal of Medical Ethics*, actuellement en deuxième lecture<sup>17</sup>. Une version française de ce travail a été acceptée par la *Revue des Affaires Sociales* en 2011<sup>18</sup>.

Un nouveau projet abordera le thème de la prise en charge des patients hypertendus poly pathologiques chroniques de plus en plus nombreux dans les consultations de médecine générale et qui peuvent, dans le contexte de la diffusion du Capi, poser des difficultés aux médecins signataires. On ne peut pas comprendre la variabilité et les difficultés de prise en charge de ces patients sans s'intéresser au genre, à l'intrication de l'HTA avec les autres pathologies chroniques et leurs traitements et à l'âge d'apparition de l'hypertension qui conditionne en partie l'évolution de la maladie chez les patients. De plus, l'avancée en âge des patients induit une réflexion sur ce qu'il est raisonnable de faire, eu égard à leur âge physiologique, leur espérance de vie, leur autonomie et aux risques iatrogènes. L'HTA fait l'objet de recommandations de prise en charge, d'indicateurs de performance et son coût est important pour l'Assurance Maladie (plus de 4.3 milliards d'euros en 2007 régime général). Il s'agit donc, dans le cadre de ce projet, de mener une réflexion sur la faisabilité d'utiliser des indicateurs de performance pertinents (un indicateur pour l'HTA a-t-il la même pertinence chez un patient jeune avec peu de co morbidités et chez un patient de 75 ans avec des complications cardio-vasculaires ?), adaptés à la pratique quotidienne portant sur l'HTA et ses co morbidités. Dans le même esprit, nous interrogerons les recommandations cardio-vasculaires de bonnes pratiques en regard de la typologie des patients hypertendus poly pathologiques. En effet, l'empilement de recommandations mono-pathologiques est d'une grande difficulté d'utilisation en pratique quotidienne. Ce travail, essentiellement basé sur la mise en œuvre d'une typologie de patients polypathologiques chroniques, sera effectué à partir de la base de données de l'OMG [Fiche n° 8, page 50]. Une revue de la littérature internationale a été menée afin d'identifier les indicateurs de performance utilisés ou prônés dans l'HTA. Elle permettra de séparer ceux utilisés en pratique quotidienne et ceux qui ne sont utilisés que ponctuellement lors d'étude. Pour chaque indicateur retrouvé, les normes et recommandations françaises seront recherchées.

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

***L'extension de l'OMG***

En 2009, l'équipe de la SFMG a répondu avec le soutien de l'équipe Prospere à l'appel d'offre de l'Iresp pour la constitution d'une cohorte. L'objectif de cette réponse était de doter l'Observatoire de Médecine Générale (OMG) de moyens permettant sa pérennisation à court terme et sa croissance à moyen terme. Si la proposition de la SFMG n'a pas été retenue, elle a permis d'approfondir les modalités de développement de l'observatoire ainsi que

---

<sup>17</sup> *Ethical issues raised by the introduction of P4P in France. Saint-Lary O, Plu I, Naidich M., Soumis au Journal of Medical Ethics (actuellement en 2<sup>e</sup> lecture.)*

<sup>18</sup> *Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? Saint-Lary O., Plu I., Naidich M., Revue Française des Affaires Sociales:2011n°2-3, avril-septembre (à paraître)*

l'élargissement de ses usages. A ce titre, les perspectives d'appariement ont été présentées comme faisant partie intégrante du projet de cohorte, permettant en particulier de gérer l'attrition dans la mesure où la sortie des patients de la cohorte est rendue maîtrisable par les données issues du Sniiram. Par ailleurs, l'équipe de l'OMG a finalisé la signature de partenariat avec deux nouvelles Unions Régionales de Médecins Libéraux, portant ainsi à 5 le nombre d'URML qui se sont engagées à recruter un nombre plus important de médecins au sein de leur région et à financer auprès de l'OMG la constitution d'un Observatoire Régional élaboré sur le modèle de l'OMG national, c'est à dire fournissant des informations régionalisées.

La SFMG s'est également engagée dans un partenariat qui a été formalisé par la signature d'une convention en décembre 2009 avec l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé). Ce partenariat a notamment permis la mise en forme d'une réflexion prospective sur l'avenir de l'OMG. A ce titre, l'année 2010 a été l'occasion de nouer un partenariat entre la Cnamts et la SFMG, partenariat visant à supporter financièrement l'OMG.

En novembre 2010, après deux ans de réflexion sur l'avenir de l'OMG, le conseil d'administration de la SFMG a décidé de mettre un terme à l'expérimentation OMG telle qu'elle avait été conduite pendant plus de quinze ans. La date retenue pour rendre effective cette décision est le 31 décembre 2011. En effet, la SFMG a fait le constat qu'elle ne pouvait plus porter seule ce projet car les objectifs de l'observatoire (santé publique et connaissance de la médecine générale) dépassent la SFMG, et les moyens nécessaires tant humains que financiers qu'elle est capable d'investir dans ce projet sont largement insuffisants pour répondre à ces objectifs.

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

Après avoir présenté le nouveau projet à chaque structure composant le Collège MG, le conseil d'administration du Collège a voté à l'unanimité le 9 juin 2011, la création d'un « Observatoire des pathologies et des pratiques en médecine générale », évolution naturelle de l'observatoire tel qu'on le connaît. Le Collège a confié à la SFMG la réalisation de ce projet (cf. annexe n° 2).

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

Dans ce contexte de mutation, le travail de la SFMG et en particulier du Département d'informatique médicale de la SFMG s'est concentré autour de trois axes :

- Production d'une typologie des médecins membres du réseau grâce à une enquête sur les conditions d'exercice des médecins investigateurs du réseau OMG [Fiche n° 9, page 53].
- Constitution d'un échantillon Sniiram test à partir de 30 médecins de la base OMG de la SFMG : Consommation de soins de patients ayant eu au moins un contact avec ces 30 médecins au cours de l'année 2008. [Fiche n° 10, page 55].
- Intégration de nouveaux logiciels pour augmenter la représentativité par le nombre d'investigateurs

---

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

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

L'équipe émergente rassemble un nombre important de chercheurs de disciplines diverses, appartenant à trois entités distinctes et complémentaires (Irdes, SFMG et Cermes), pour la plupart confirmés, et ayant collaboré par le passé. L'équipe initiale en 2009 a été enrichie par l'arrivée de trois jeunes médecins généralistes dont deux ont réalisé leur Master 2 dans le cadre de l'équipe Prospere. L'un d'entre eux y a inscrit son travail de thèse (Olivier Saint Lary), les deux autres envisageant de la faire ultérieurement (Thomas Cartier, Erik Bernard). Pascal Clerc, médecin généraliste et chercheur confirmé a également rejoint l'équipe pour y développer un prolongement de son travail sur la polyopathie et reçoit à ce titre un financement spécifique sur la dotation SFMG. Enfin, Cécile Fournier médecin de santé publique titulaire d'un DEA de sociologie et salariée de l'INPES (déjà citée) et Guillaume Chevillard ont également rejoint l'équipe Prospere pour y réaliser leur thèse qui s'appuie notamment sur les terrains des ENMR.

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

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

---

## IV. Valorisation

### A. Livrables externes réalisés de 2009 à 2011 (15 à 50 lignes maximum)

#### *Ouvrage ou numéros de revue*

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

#### *Articles soumis à revues à comité de lecture*

What remains for improvement in health stated preference discrete choice modeling? A systematic review of practices. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Soumis à *Pharmacoeconomics*, 2011 (en 1<sup>ère</sup> lecture).

A systematic review of interventions in the primary care setting to reduce socio-economic health inequalities. Leleu H, Jusot F, Bourgueil Y. Soumis à *BMC*, 2011 (première lecture)

How to target patients with diabetes and hypertension to measure the performance of general practitioners. O Saint-Lary, P Boisnault, D Duhot, P Szidon, Y Bourgueil, N. Pelletier-Fleury. Soumis à *BMC Public Health*, 2011 (en 1<sup>ère</sup> lecture).

General practice variation in diabetes care prior to the implementation of a pay-for-performance program (P4P) in France. N. Chauvel, M. Le Vaillant, N. Pelletier-Fleury. Soumis à *European Journal of Public Health* à paraître

Ethical issues raised by the introduction of P4P in France. Saint-Lary O, Plu I, Naidich M. soumis au *Journal of Medical Ethics* (en 2<sup>e</sup> lecture)

#### *Articles publiés revue comité de lecture*

Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. Mousquès J., Bourgueil Y., Le fur P., Yilmaz E. – publié en décembre 2010 dans la revue *Health Policy* 98 (2010) 131 - 143.

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

Adhérer ou pas au Capi : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? Saint-Lary O., Plu I., Naiditch M., *RFAS*, novembre 2011.

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

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

#### *Publications non soumises à comité de lecture*

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

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

Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne. Clément MC, Couralet PE, Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y. *Santé publique*, volume 21, Supplément N° 4, Juillet-Août 2009 29, pp. S1-S12.

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

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

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

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

Comment cibler les populations diabétiques et hypertendues pour mesurer la performance des médecins généralistes ? O. Saint-Lary, P. Boisnault, D. Duhot, P. Szidon, Y. Bourgueil, N. Pelletier-Fleury. *Pratiques et organisation des soins* – soumis 2011.

### **Communications orales**

Le point de vue de l'utilisateur sur les attributs de qualité organisationnels de l'offre de soins de médecine générale : une approche par la méthode Delphi . Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury. Communication orale aux 31<sup>e</sup> Journées des Economistes de la Santé Français, 3 et 4 décembre 2009

Pay for performance program : pitfalls ahead? N. Chauvel, M. Le Vaillant, N. Pelletier-Fleury. 3<sup>rd</sup> Joint European Public Health Conference 2010, Amsterdam, 10-13 nov 2010.

3<sup>e</sup> Congrès de la médecine générale 25 – 27 juin 2009

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

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

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

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

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

*4<sup>ème</sup> Congrès de la médecine générale – 24 – 26 juin 2010*

Problématiques éthiques soulevées par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre des Contrats d'amélioration des Pratiques Individuelles (Capi) Saint-Lary O., Naiditch M., Ghadi V., Plu I.

*6<sup>th</sup> EQuiP Invitational Conference Copenhagen 7-9 april 2011*

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

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

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

*Congrès SFSP 3 et 4 novembre 2011.*

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

*EUPHA – Copenhagen – 10 novembre 2011.*

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

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

*72<sup>nd</sup> EGPRN-meeting Nice 19-22 mai 2011 (poster)*

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

**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, directeur de thèse N Pelletier-Fleury. Sera soutenue le 18 février 2012.

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

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

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

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

**Mémoire et validation de Master 2**

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

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

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

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

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

*Rencontres inter-régionales de l'Asip*, 9 juillet 2009 - Réflexions sur l'organisation des soins, Y. Bourgueil [http://www.asipsante.fr/docs/Rencontres\\_InterRegionales\\_9juillet.pdf](http://www.asipsante.fr/docs/Rencontres_InterRegionales_9juillet.pdf)

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

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

31<sup>e</sup> Journées des économistes de la santé français (JESF). 3 et 4 décembre 2009.

3<sup>rd</sup> Joint European Public Health Conference 2010, Amsterdam, 10-13 nov 2010.

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

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

Intervention au colloque *Recherche en médecine générale* organisé par le comité d'interface le 20 janvier 2011 – Yann Bourgueil.

6<sup>th</sup> *EQUIP Invitational Conference Copenhagen* 7-9 avril 2011 – O. St Lary, Y. Bourgueil.

## **C. Activité translationnelle et d'expertise**

Audition pour la Mission médecine de proximité (Elisabeth Hubert, août 2010). Y. Bourgueil

Rencontre Mission Vallancien, Crochemore, Touba sur les maisons de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## V. Fiches projets

<b>Fiche n° 1</b> .....	23
Préférences des patients pour la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale : une enquête de choix discrets	
<b>Fiche n° 2</b> .....	28
L'évaluation des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)	
<b>Fiche n° 3</b> .....	34
Dynamiques territoriales et accessibilité aux soins de premiers recours - Etude de l'implantation des maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en France métropolitaine	
<b>Fiche n° 4</b> .....	36
En quoi l'exercice regroupé en soins de santé primaires favorise-t-il la mise en œuvre de pratiques de prévention et d'éducation ?	
<b>Fiche n° 5</b> .....	39
Des analyses à partir d'un échantillon de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.	
<b>Fiche n° 6</b> .....	45
La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé : une première approche bibliographique dans le cadre du projet européen AIR	
<b>Fiche n° 7</b> .....	48
Problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre de la mise en place des Capi	
<b>Fiche n° 8</b> .....	50
Typologie des patients hypertendus poly-pathologiques traités en médecine générale. Conséquences pour les indicateurs de performance et les recommandations de bonne pratique	
<b>Fiche n° 9</b> .....	53
Questionnaire sur les conditions d'exercice des médecins du réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale	
<b>Fiche n° 10</b> .....	55
Rapprochement des données OMG et Sniiram, base de donnée Prospere. Mise en place d'un environnement informatique de production.	

## Fiche n° 1

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

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

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

### CONTEXTE

En France, environ 28 millions de personnes reçoivent un traitement périodique (au moins 6 fois par an) pour une même pathologie (1). Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques (dénommées ci-après « patients chroniques ») a fortement augmenté ces dernières années. En 2008, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) recensait environ 9 millions de personnes bénéficiant du dispositif « Affections de Longue Durée » (ALD 30) soit une augmentation de +38 % par rapport à 2004 (2, 3). Cette évolution de la demande de soins confronte le système de santé, et plus spécifiquement l'offre de soins en médecine générale, à un double enjeu. Sur le plan financier, les personnes inscrites au dispositif ALD représentent une part croissante de l'activité de remboursement des régimes sociaux. En 2007, les personnes en ALD représentaient 65 % des remboursements, soit 80 milliards d'euros (1). Au niveau organisationnel, l'accroissement du nombre de personnes souffrant de pathologies chroniques appelle à des modifications des modes de prise en charge, notamment en médecine générale, où sont réalisés 75 % des diagnostics d'affections de longue durée (1). Les patients chroniques présentent des besoins spécifiques, en termes de coordination des soins, d'éducation thérapeutique ou encore d'accessibilité aux soins (4, 5, 6). Dans la plupart des pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), l'offre de soins en médecine générale est principalement organisée pour répondre à la demande de soins « aigus » (1, 7). Cette structuration se révèle inappropriée pour répondre efficacement aux besoins des patients souffrant de pathologies chroniques (8). A la fin des années 90, une initiative visant à améliorer la prise en charge des patients chroniques a été développée aux Etats-Unis sous la forme d'un modèle de prise en charge appelé « modèle de soins chroniques » (*chronic care model, CCM*) (9, 10). Ces évolutions supposent un rôle « actif » du patient chronique dans la prise en charge de ses pathologies. Cependant, les patients chroniques constituent une population relativement hétérogène, que ce soit en termes de pathologies (nombre, type, sévérité) et de caractéristiques sociodémographiques (3, 11, 12). Une réponse uniforme de l'offre de soins aux besoins des patients chroniques peut donc s'avérer inadaptée. Dans ce contexte, la prise en compte de la dimension poly-pathologique du patient constitue un enjeu majeur de la qualité de soins (8, 13). Les patients chroniques souffrent généralement de nombreuses pathologies associées, qui influencent fortement la consommation de soins et complexifient leur prise en charge.

### OBJECTIF

L'objectif de notre étude est d'interroger les patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leurs pathologies.

Cette approche repose sur deux hypothèses centrales, selon lesquelles le patient poly-pathologique a une préférence marquée pour certains aspects de la prise en charge (e.g. coordination) qui constituent des « pré-requis de qualité » (*order qualify*). L'autre hypothèse concerne l'hétérogénéité du point de vue des patients. Compte-tenu de la diversité des expériences de soins, il semble probable que les patients poly-pathologiques expriment des préférences très différentes pour l'offre de soins en médecine générale.

## MÉTHODE

Pour analyser le point de vue des patients sur la prise en charge de leurs problèmes de santé chroniques en médecine générale, le « *Chronic Care Model* » (CCM) a été utilisé comme cadre de référence. A partir de ce modèle, dix attributs de l'offre de soins ont été identifiés. Ils ont servi à construire un questionnaire d'évaluation couvrant différentes dimensions du point de vue du patient :

- **Expérience de soins du patient.** *Dans quelle(s) mesure(s), l'offre de soins actuelle en médecine générale répond aux recommandations du CCM ?*
- **Satisfaction du patient.** *Dans quelle(s) mesure(s) les patients poly-pathologiques sont satisfaits de la prise en charge de leurs problèmes de santé chroniques par le médecin généraliste*
- **Importance et préférences des patients pour les recommandations du CCM.** *Quelle importance les patients poly-pathologiques accordent aux aspects du CCM et quelles sont leurs préférences pour leur réalisation ?*

Ces différentes informations permettent de réaliser une analyse détaillée du point de vue du patient, identifiant notamment les « zones d'amélioration potentielle » (*analyse de la qualité*) de l'offre de soins en médecine générale.

### **Nous ne rapporterons ici que l'analyse des préférences des patients.**

Les préférences des patients poly-pathologiques pour les attributs du CCM sont identifiées à l'aide de la méthode des choix discrets (MCD). Dans cette étude, l'utilisation de cette approche consiste en neuf épreuves de choix contenant chacune une proposition de prise en charge que les patients peuvent « accepter » ou « refuser ». L'analyse des réponses permet d'évaluer le bénéfice (i.e. utilité) que les patients retirent de la mise en œuvre des recommandations du CCM, ainsi que les différents arbitrages qu'ils sont susceptibles de réaliser entre ces attributs de prise en charge.

Différentes questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques et aux recours aux soins des individus ont été utilisées pour permettre une analyse de l'hétérogénéité des préférences des patients poly-pathologiques pour la prise en charge de leurs problèmes de santé en médecine générale.

L'échantillon de participants consiste en 150 individus poly-pathologiques recrutés consécutivement au sein du service de pneumologie de l'hôpital Saint-Antoine (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris). Ils ont été sélectionnés à l'aide de 3 critères d'inclusion :

- Avoir un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) contrôlé, sous traitement depuis plus d'un an,
- Avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 6 derniers mois,
- Présenter au moins deux pathologies chroniques.

Les patients souffrant du SAS ont été choisis comme base de recrutement de patients poly-pathologiques pour trois principales raisons :

- « Poly-pathologie chronique » : Cette pathologie est associée à des comorbidités chroniques répandues en population générale (diabète, hypertension artérielle sévère, etc.),
- « Influence marginale sur la prise en charge en médecine générale » : La prise en charge du SAS est quasi-exclusivement réalisée par des médecins spécialistes en milieu hospitalier,

- « Adéquation au CCM » : La prise en charge de cette pathologie et des comorbidités nécessite un rôle actif du patient, à travers notamment une modification de ses comportements de santé.

Les questionnaires ont été administrés en face-à-face de novembre 2010 à juin 2011.

## RÉSULTATS

### Echantillon

L'échantillon est composé de 150 individus qui en moyenne souffrent de 3.31 pathologies chroniques (Ecart-type=1.02 ; Min=2 ; Max=7), qui correspondent le plus souvent à de l'hypertension artérielle, du diabète et des troubles cardiaques. Ces patients sont essentiellement des hommes (72 % de l'échantillon) et sont en moyenne âgés de 63.4 ans (Ecart-type=9.25 ; Min=36 ; Max=88). Les patients poly-pathologiques consultent en moyenne un professionnel de santé 7.26 fois par an (Ecart-type=3.37 ; Min=3 ; Max=24), qui est essentiellement un médecin généraliste. Celui-ci correspond globalement au modèle du « médecin de famille ». Il est connu depuis de longues années (78 % de l'échantillon consulte le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans) et exerce majoritairement en structure individuelle (52.7 % de l'échantillon). Concernant la prise en charge des problèmes de santé chroniques, 58 % des patients déclarent recourir à un médecin généraliste qui intervient « systématiquement » (*toujours*) dans le suivi et/ou traitement de leurs pathologies.

### Analyse des préférences

L'analyse des préférences porte sur des données de choix discrets issues de deux versions différentes du questionnaire. Chaque version étant en partie différenciée par les attributs utilisés pour construire les épreuves de choix. Dans un 1<sup>er</sup> temps, une analyse des différences entre les répondants aux deux versions du questionnaire a été réalisée afin de contrôler l'existence d'éventuels biais liés à l'administration du questionnaire. Parmi les neuf épreuves de choix, deux ont été utilisées afin de contrôler la qualité des réponses individuelles. Une épreuve a été utilisée pour vérifier l'hypothèse de monotonie, selon laquelle les individus préfèrent plus à moins (pas de phénomène de saturation). L'autre hypothèse concerne la stabilité des réponses individuelles, permettant de garantir un minimum de cohérence dans les réponses. L'analyse des réponses apportées à ces deux types d'épreuves montrent des niveaux de réalisation élevés avec respectivement 99.3 % et 88 % des répondants qui ont passé avec succès les tests.

La propension des patients poly-pathologiques à « accepter » ou « refuser » les propositions de prise en charge de leurs problèmes de santé chroniques par le médecin généraliste est principalement expliquée par la composition des propositions (attributs des options de choix).

Pour cela, deux modèles logistiques (modèle logit binaire) ont été estimés, un pour chaque version du questionnaire. L'analyse « globale » des données, c'est-à-dire après regroupement des réponses obtenues aux 2 versions du questionnaire, confirment la validité de la démarche de séparation des attributs du CCM en deux groupes.

Les estimations montrent quatre principaux résultats :

1. Les signes des coefficients estimés sont conformes aux hypothèses théoriques (positifs). Cela indique que les patients poly-pathologiques valorisent les différentes propositions du CCM pour modifier la prise en charge de leurs problèmes de santé par le médecin généraliste. Toutes choses égales par ailleurs, lorsqu'un médecin généraliste réalise au moins l'un des aspects du CCM, cela augmente son attractivité.
2. Globalement, les patients poly-pathologiques présentent une tendance au « conservatisme ». Ils préfèrent « refuser » les propositions de prise en charge. Cela

peut être expliqué en partie par le phénomène d'endogénéité des préférences, selon lequel les individus ont tendance à privilégier ce qu'ils ont déjà expérimenté.

3. L'attribut du CCM relatif à l'information du médecin généraliste sur l'évolution de la situation du patient poly-pathologique (INF) montre un très fort impact dans la prise de décision individuelle, quelque soit la version du questionnaire. Cet attribut peut être vu comme un « pré-requis de qualité » (*order qualify*), car il conditionne fortement la décision du patient. Lorsque l'attribut n'est « pas réalisé » par le médecin généraliste, cela se traduit dans 79.4 % (596/750) des cas par un rejet du médecin. A l'inverse, lorsque l'attribut est « réalisé », cela aboutit dans 44.6 % des cas (268/600) par une acceptation du médecin généraliste.
4. Le rôle d'un professionnel de santé paramédical, plus spécifiquement infirmier (IDE), n'est pas valorisé par les patients poly-pathologiques. Cet aspect de la prise en charge ne semble pas avoir une influence sur la décision finale des patients. L'exploitation annexe des informations qualitatives fournies par les répondants au moment du remplissage du questionnaire suggère un effet de l'expérience de soins. Les patients semblent éprouver des difficultés à percevoir la valeur ajoutée procurée par une prise en charge assurée par un médecin généraliste et un infirmier.

## REFERENCES

- [1] Haut Conseil de la Santé Publique (2009). La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. 72 pages.  
[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112\\_prisprotchronique.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_prisprotchronique.pdf)
- [2] J.P. Door (2008). Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée. 217 pages.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1271.pdf>
- [3] Weil et al (2006). Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime générale de l'assurance maladie en 2004.
- [4] E.H. Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1):2-4.
- [5] E.H. Wagner, B. Austin, M. Von Korff (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74:511–544.
- [6] D. Oberlé (2004). Attentes des patients porteurs de maladies chroniques : présentation de l'étude DELPHI et de ses résultats. Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 118 pages.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_actes2005-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actes2005-2.pdf)
- [7] T. Bodenheimer (2006). Primary Care — Will It Survive? *NEJM* 355;9.
- [8] Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century*.
- [9] T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288:1775–1779.
- [10] T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA* 288:1909–1914.
- [11] S. Danet, N. Cocagne, A. Fourcade (2011). L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. *Etudes et Résultats* n°747, 8 pages.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er747.pdf>

[12] N. Vallier, B. Salavane, A. Weill (2006). Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie. Points de repères, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 8 pages.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_3.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_3.pdf)

[13] A.A. Rothman, E.H. Wagner (2003). Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? Ann Intern Med. 138:256-261.

#### **ETAT D'AVANCEMENT**

Finalisation de l'écriture de la thèse de N. Krucien, date prévue de soutenance le 18 février 2012.

Articles à écrire sur cette partie de la thèse dans le courant 2012.

Présentations à des colloques prévues :

- 7<sup>th</sup> Health Services & Policy Research conference, 5-7 décembre 2011 (Adélaïde)
- 3<sup>rd</sup> Joint CES/HESG Workshop, 11-13 janvier 2012 (Marseille)

## Fiche n° 2

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

AXE 1: Etude des liens entre les formes d'organisations des soins de premiers recours et leurs résultats en termes d'efficacité, d'efficience et d'équité

RESPONSABLE ET EQUIPE: Julien Mousquès, Anne Aligon, Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Guillaume Chevillard, Fabien Daniel, Cécile Fournier, Philippe Le Fur, Michel Naïditch, Cécile Vuillermoz

Avec la collaboration de : Pierre-Emmanuel Couralet, Nelly Le Guen, Sandrine Béquignon

PERIODE DE REALISATION : 3<sup>e</sup> trimestre 2009 – 4<sup>e</sup> trimestre 2013

#### PROBLEMATIQUE

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

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

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

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

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

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

Tout en prédisant qu'il convient de tenir compte :

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

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

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

## **HYPOTHESES**

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

Nous pouvons par ailleurs poser les trois sous hypothèses suivantes : la part actuelle du financement s'appuyant sur le paiement à l'acte constitue une barrière à la mise en place de coopération et travail en équipe ; les comportements individuels sont modifiés par les

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

## **OBJECTIFS**

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

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

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

## **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

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

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

Des témoins locaux, les zones locales témoins (ZLT), sont définies comme des agrégations de communes et constituées sur la base des zones de « chalandise » principales des sites expérimentateurs. La population « témoin » correspond alors aux professionnels de santé

n'exerçant pas dans l'un des sites expérimentateurs mais dans la ZLT propre à chaque site ainsi qu'à leurs patients. Ces témoins nous permettent de répondre au premier objectif intermédiaire – l'analyse comparative aux autres modes d'exercice – tout en tenant compte des effets contextuels propres à la variété des environnements dans lesquels ils s'inscrivent (rural, rural isolé, montagne, urbain, urbain défavorisé...).

Un témoin national, de généralistes et de leurs patients/assurés, membre de l'Observatoire de la Médecine Générale de la Société Française de Médecine Générale (OMG-SFMG, environ 100 généralistes) ou candidats à cet observatoire (environ 700 généralistes) est en cours de constitution. Les informations sur les généralistes et les patients collectées aujourd'hui dans ces deux échantillons en routine sont complétées d'informations sur la nature de leur exercice professionnel (groupe, solo...) sur la base d'une enquête qui a démarré en décembre 2010 pour se terminer en octobre 2011. La prochaine étape consistera à apparier ces données aux données de remboursements dans le cadre d'un projet de l'équipe émergente Prospère en cours de réalisation. Ce groupe témoin nous permettra de répondre au premier objectif intermédiaire, pour sa composante de performance des soins et services délivrés, comme au second, tout en tenant compte des variétés des modes d'exercice (exercices collectifs mono ou pluri, isolés). En revanche il sera moins aisé de tenir compte des effets contextuels propres à l'environnement dans lesquels ils s'inscrivent comparativement à celui des sites expérimentateurs.

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

L'organisation de la production des soins (structure et processus) sera documenté sur la base d'une enquête auprès des sites, par questionnaire, répétée entre 2011-2013, complétée d'une enquête qualitative sociologique (entretien et observation participante) dans 3 sites.

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

## **RÉSULTATS**

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

## **ETAT D'AVANCEMENT**

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

Une première extraction des données de l'Assurance maladie a pu être réalisée pour les années 2008-2009 en septembre-octobre 2010 pour la première vague d'inclusion des sites

(47 sites pour 458 professionnels, dont 168 généralistes et 181 589 assurés) et de leurs témoins respectifs (1 467 généralistes et 885 045 assurés).

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

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

## **VALORISATION**

### Publications

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

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

### Communications

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

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

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

## **BIBLIOGRAPHIE**

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

- [7] Tollen L. Physician organization in relation to quality and efficiency of care. A synthesis of recent literature. Kaiser Permanente Institute for Health Policy, The commonwealth fund. New York; 2008.
- [8] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
- [9] Beaulieu N, Cutler DM, Ho K, Isham G, Lindquist T, Nelson A, et al. The business case for diabetes disease management for managed care organizations. *Forum for Health Economics & Policy* 2006;9 (1).
- [10] Scott A. "Economics of general practice" in "Handbook of health economics", volume 1A, Ed. Culyer A.J. & Newhouse J.P. 2000.
- [11] Coase R. *The Nature of the Firm* (1937).
- [12] Arrow K. (1969), "Classificatory Notes on the Production and Transmission of Technological Knowledge", *American Economic Review*. Papers and Proceedings, 59 (2): 29-35.
- [13] Williamson, O. (1975), *Markets and Hierarchies : Analysis and Antitrust Implications*, New. York, The Free Press.
- [14] Holmstrom, B. et Milgrom, P. (1991), "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7, 24-52.
- [15] Prendergast, C. (2002), "The Tenuous Trade-Off between Risk and Incentives", *Journal of Political Economy*, 110(5), 1071-1102. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691-729).
- [16] Thomas E. Getzen. NA "Brand Name Firm" Theory of Medical Group Practice. *The Journal of Industrial Economics*, Vol. 33, o. 2 (Dec., 1984), pp. 199-215
- [17] William E. Encinosa, Martin Gaynor, James B. Rebitzer. The sociology of groups and the economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems *Journal of Economic Behavior & Organization* Vol. 62 (2007) 187–214
- [18] Martin Gaynor and Paul Gertler. Moral Hazard and Risk Spreading in Partnerships. *The RAND Journal of Economics*, Vol. 26, No. 4, Symposium on the Economics of Organization (Winter, 1995), pp. 591-613
- [19] Sarma S., Devlin RA., Hogg W. Physician production of primary care in Ontario, Canada. *Health Econ.* 19: 14–30 (2010).
- [20] Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur Ph., Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 98 (2010) 131–143.

### Fiche n° 3

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

AXE 1 : Axe cadre d'analyse soins primaires : L'élaboration d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours adapté au contexte français dans une visée de recherche évaluative sur les liens entre les formes d'organisations et leurs résultats.

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

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

#### **OBJECTIF / CONTENU**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Fiche n° 4

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

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

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

#### HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

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

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

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

Les pratiques de prévention et d'éducation, situées au cœur des enjeux actuels de la médecine, constituent ainsi un objet riche pour « comprendre comment les médecins généralistes composent avec leur métier et environnement ; comment ils tentent de s'inscrire dans les multiples changements de pratiques et savoirs médicaux, et plus largement de la société, et notamment dans les transformations des mécanismes de régulation financière qui affectent leur mode d'exercice et leur univers professionnel quotidien » (Bungener et Baszanger, 2004).

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

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

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

## **OBJECTIFS**

Notre travail poursuit quatre objectifs :

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

## **METHODE**

Nous développerons simultanément ou successivement plusieurs types de méthodes qualitatives et d'observation, afin de coupler des approches de niveau macro et micro, et envisageons si nécessaire de compléter sur certains aspects la démarche qualitative par une approche quantitative ciblée.

Une première série d'investigations qualitatives sera fondée sur des *observations de longue durée et sur des entretiens avec des professionnels de santé et des patients*, au sein de *trois sites inscrits dans l'expérimentation de nouvelles modalités de rémunération (ENMR)* présentant des *caractéristiques différentes* : une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ayant proposé des activités dans le forfait « éducation thérapeutique », une MSP n'ayant pas proposé d'activités dans le forfait « éducation thérapeutique » et un centre de santé.

Les observations porteront sur des réunions d'équipe, sur des temps informels et sur des situations de prévention et d'éducation s'adressant à des patients individuellement ou en groupe.

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

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

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

## **ETAT D'AVANCEMENT**

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

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

## **CALENDRIER PREVISIONNEL**

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

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

## Fiche n° 5

### Des analyses à partir d'un échantillon de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

AXE 1- Les incitations des offreurs

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

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

Entre mars et août 2010, en collaboration avec l'URML de Midi-Pyrénées, nous avons mené une enquête auprès de l'ensemble des MG en activité dans la région (soit environ 3000 MG). Le budget de l'enquête prévoyait la rémunération des 500 premiers médecins répondants<sup>19</sup>. Une lettre de relance a été envoyée à tous les médecins quinze jours après l'envoi du questionnaire. Nous avons clos la période d'inclusion après dix semaines de collecte : sur les 500 questionnaires attendus, nous avons ainsi collecté 438 questionnaires dont 423 exploitables.

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

L'échantillon de MG est représentatif des médecins de la région en termes d'âge (52,1 vs 50,1 pour la région), de répartition entre les différents départements, avec toutefois une proportion d'hommes répondants plus importante que la proportion des médecins hommes dans la région. En termes de revenus nets moyens déclarés, les médecins de l'échantillon sont dans la moyenne nationale (CA moyen = 124 714 € ; en appliquant le taux de charge moyen de 2007 de 43.3 %, le revenu annuel moyen est de 70 713 € vs 71 690 € en moyenne pour les omnipraticiens en 2008).

#### *1 - Existe-t-il des profils-type de MG ? Un essai de typologie en Midi-Pyrénées<sup>20</sup>*

La diversification récente des modes d'organisation de soins atteste de choix individuels d'exercice différents (groupe vs solo vs maison de santé, les relations « contractuelles » et la réalité des incitations économiques sont tout aussi diverses. De plus, les médecins semblent décrire des attentes nouvelles (Aulagnier *et al.*, 2007 ; Le Fur *et al.*, 2009 ; Baudier *et al.*,

---

<sup>19</sup> La gestion du terrain, l'annonce de l'enquête par courrier postal, l'anonymisation des questionnaires, la lettre de relance postale et surtout la rémunération (1,5 consultation, 33€)des médecins répondants ont été assurées sur place par l'URML.

<sup>20</sup> Ce travail constitue le sujet de mémoire de master 2 Recherche en Santé Publique, parcours économie de la santé de Paris 11, Juillet 2011 de Charles Burdet, interne de santé Publique, encadré par Carine Franc.

2010) et outre le mode d'organisation, d'autres facteurs influencent le contenu et l'intensité de l'activité des médecins généralistes et donc son revenu. L'objectif de cette première exploitation des données est de construire une typologie<sup>21</sup> pour étudier s'il existe des profils type de MG, en considérant les contraintes, spécificités et nouvelles aspirations des MG. Notre typologie décrit 4 profils structurés autour des choix du mode d'organisation et du choix de l'activité<sup>22</sup>.

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

## ***2 – Perception de « burnout » chez les MG : le rôle protecteur de certains modes d'organisation et de caractéristiques de la pratique médicale<sup>23</sup>***

En France, la médecine générale est en crise malgré des réformes récentes. Le désintérêt des jeunes médecins persiste et le syndrome du *burnout* augmente fortement chez les médecins généralistes (MGs). L'objectif est d'identifier des caractéristiques de la pratique médicale et de son organisation susceptibles de jouer un rôle protecteur contre le sentiment de *burnout* perçu. Les MG ont directement reporté, via le questionnaire, la fréquence du sentiment de *burnout* perçu ; des statistiques descriptives et des régressions logistiques permettent d'expliquer la probabilité pour le MG de déclarer ressentir souvent un sentiment de *burnout* selon des variables originales (structure - groupe/solo, activité spécialisée/diversifiée, patients,

---

<sup>21</sup> A partir une classification hiérarchique ascendante menée à partir des résultats d'une ACM

<sup>22</sup> Les variables structurantes de la typologie sont caractéristiques des patients (CMU, + de 70 ans, - de 15ans), intensité de travail (durée de la journée et de la semaine de travail, des congés), organisation du travail (Rdv, groupe, informatisation, activité spécialisée), formation (EPP, enseignement) et échanges (réseau, échanges MG, Spé).

<sup>23</sup> Article encours de valorisation, présentation orale au congrès de la Société Française de Santé Publique, SFSP Lille 2011 et poster à l'European Public Health Association, EUPHA Copenhagen 2011.

revenu, etc.) en sus des variables classiques (intensité, sexe, âge). Ainsi, 22,9 % des MG ont déclaré souvent ressentir du *burnout* : ce sentiment est fortement lié à la santé perçue ( $p < 0,0001$ ), négativement corrélé avec la satisfaction professionnelle et le sentiment de gratification humaine liée à la profession ( $p < 0,0001$ ) et positivement avec une activité intense ( $p < 0,0065$ ) et l'envie de changer de lieu d'installation ( $p < 0,0001$ ), de statut ( $p < 0,0002$ ) et de structure ( $p < 0,0005$ ). Le modèle montre que ni l'âge, le sexe, le revenu, ni même la satisfaction vis-à-vis du revenu ne semblent jouer sur la probabilité de déclarer du *burnout*. En revanche, déclarer une activité intense en termes de nombre d'heures travaillées par journée travaillée<sup>24</sup> ou avoir envie de changer de lieu d'installation augmente significativement la probabilité de déclarer ressentir souvent un sentiment de *burnout*. A l'inverse, ce travail permet d'identifier des caractéristiques protectrices originales par rapport à littérature : l'exercice de groupe, des échanges fréquents avec des spécialistes, la satisfaction professionnelle et le sentiment de gratification humaine ainsi que la pratique partielle d'une spécialité, c'est-à-dire occupant moins de 30 % du temps global d'activité.

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

### ***3 – Construction d'un indicateur des motivations intrinsèques des MG et test d'hypothèses motivations intrinsèques versus motivations extrinsèques.***<sup>25</sup>

Avec la mise en place des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles en 2009 (CAPI), la France a rejoint les pays anglo-saxons en s'engageant dans des mécanismes de paiement à la performance (P4P). Ces systèmes de paiement n'ont pourtant pas fait la preuve de leur efficacité et de l'absence d'effets pervers (Mannion et Davies, 2008). Quoiqu'il en soit ce type de système de bonus ou prime (sans sanction) pose question car il repose clairement sur des incitatifs financiers et donc des motivations extrinsèques. Selon plusieurs auteurs (Simons, 1991 ; Janus, 2010 ; etc.), il existe d'autres formes de motivations liées à l'exercice de la médecine, non prises en compte dans les modèles traditionnels de type principal-agent, aussi appelées motivations intrinsèques (MI). Les MI ont été définies par la littérature (Deci, 1971 ; Frey, 1997) comme résultant de la pratique professionnelle en elle-même, le rôle social dû à la profession, l'autonomie, le sens de la responsabilité. Ces motivations sont susceptibles d'expliquer une part importante des efforts faits ou consentis, la qualité des soins<sup>26</sup>. Par opposition, les motivations extrinsèques (ME) se rattachent à des activités que l'on pratique pour obtenir une gratification exogène à l'activité elle-même, par exemple une rémunération, conséquence financière ou monétaire (récompenses, bonus, sanctions, etc.). L'objectif de ce travail est double : il s'agit d'une part de construire un score composite de motivations intrinsèques (MI) des médecins généralistes (données mobilisées et méthodes). Il s'agit ensuite d'utiliser ce score et de le comparer au niveau de chaque médecin, à son niveau de motivations dites extrinsèques (ME). Il existe un débat théorique autour de l'impact des ME sur les MI, certains mettant en évidence un effet d'éviction des MI par les ME (« crowding-out effect », Bénabou et Tirole, 2003) – l'argument étant que le bonus, le paiement conditionnel à un objectif (même sanitaire) apparaît entre autres, comme un signal

---

<sup>24</sup> Et ce, indépendamment du nombre de demi-journées travaillées par semaine.

<sup>25</sup> Deux articles en cours d'écriture, travail constituant le sujet de stage de 3<sup>ième</sup> année de l'Ensaï, 2011 de Jonathan SICSIC.

<sup>26</sup> Benware et Deci, 1984; Grolnik et Ryan, 1987.

du manque de confiance du « principal » (l'assureur payeur) vis-à-vis de « l'agent ». Cet effet est susceptible de remettre en cause une potentielle efficacité des mécanismes d'incitations monétaires tels que le P4P. Peu d'études empiriques menées dans le cadre de la médecine générale ont permis de tester cette hypothèse<sup>27</sup>.

La construction d'un score de MI alors même que le concept est encore mal circonscrit, requiert une attention particulière à la cohérence des variables sélectionnées dans les données et à la méthode de construction de score choisie. Nous menons une Analyse en Composantes Multiples qui permet de sélectionner un certain nombre de modalités de variables qui se retrouvent associées fréquemment et constituent un groupe d'items caractérisant un niveau élevé de MI<sup>28</sup>. Alors qu'un des indicateurs le plus souvent retenu pour la mesure des MI est le temps consacré à effectuer une activité peu ou pas rémunératrice, comme la fourniture de prévention, nous obtenons un premier résultat à cette étape du travail : il apparaît que la prévention n'est pas un indicateur très fiable dans la mesure où il conduit à surestimer les MI : « déclarer offrir très souvent de la prévention » est une modalité qui se retrouve associée sur l'axe 1 de l'ACM aux autres modalités illustrant une MI élevée (« très satisfait par sa profession », « fort sentiment de gratification humaine », etc.). Toutefois, alors que les autres modalités sont uniquement présentes sur cet axe, « déclarer offrir très souvent de la prévention » est associée sur le deuxième axe à des modalités totalement opposées (« insatisfait », etc.). Ainsi, il semblerait que selon nos données, la prévention ne constitue pas un proxy suffisant des MI, il s'agirait davantage d'un indicateur nécessaire mais pas suffisant.

Nous menons ensuite une analyse critique des méthodes statistiques de construction d'indice dans le cadre d'une part des modèles à variable latente et d'autre part des modèles linéaires généralisés mixtes. Nous avons sélectionné deux méthodes : 1/ un modèle hiérarchique simple<sup>29</sup> qui génère un estimateur multi-niveau du score de MI calculé à partir de deux estimateurs : la proportion d'indicateurs codés 1 pour l'individu et la proportion d'indicateurs codés 1 dans la population de la base. Ce score peut prendre 16 valeurs différentes de MI ; 2/ un modèle de Birnbaum<sup>30</sup> permet de construire un score avec de meilleures propriétés, notamment de continuité. Les deux scores obtenus sont très cohérents (Kappa). Nous avons ensuite utilisé comme proxy des motivations extrinsèques un indicateur simple : le rapport du chiffre d'affaire par le nombre d'actes total annuel. Les résultats de notre analyse suggèrent une relation de substituabilité entre les deux types de motivations accréditant l'hypothèse de l'effet d'éviction<sup>31</sup>. Ainsi, peu importe la méthode de calcul de l'indice composite choisie, les

---

<sup>27</sup> En France, les rares auteurs à s'être intéressés à cette problématique dans le cadre de la médecine générale sont Y. Videau, P. Batifoulier et al. (Y. Videau, 2010).

<sup>28</sup> *Activité d'enseignement, échanges très fréquents avec d'autres médecins, participation à un réseau de soins, satisfaction, sentiment de gratification humaine, EPP, fourniture très fréquente de prévention (l'alcool ou du tabac et obésité), ne considèrent pas comme une contrainte le fait d'être confronté à des patients de plus en plus informés.*

<sup>29</sup> *Modèle multi-niveaux : le niveau item auquel interviennent les paramètres spécifiques à l'item et le niveau médecin auquel interviennent des variables propres au médecin (âge, sexe, motivation extrinsèque etc.).*

<sup>30</sup> *Aussi appelé « 2-parameter logistic model », un des modèles phares de la théorie de réponse à l'item (IRT). Ces modèles, comme le modèle de Rash, ont été développés par les psychomotriciens pour mesurer des dimensions subjectives et unidimensionnelles mais correctement circonscrites (exemple du Quotient Intellectuel).*

<sup>31</sup> *Du fait d'une part de la nature catégorielle des données et d'autre part de la dimension psychologique du concept des MI, la méthodologie de construction d'un score composite basée sur un modèle à variable latente généralisé nous est apparue la plus adaptée.*

médecins ayant une productivité (CA/acte) plus élevée ont un niveau de variable latente estimée plus faible, soit un niveau de MI estimé plus faible.

#### ***4 – Inégalités de revenu entre les hommes et les femmes MG : discrimination ou pratiques médicales différenciées ?***<sup>32</sup>

Après de nombreux travaux sur les écarts de salaires hommes/femmes en économie du travail et quelques études essentiellement américaines sur les médecins, deux études ont été publiées en Europe<sup>33</sup>. Gravelle (2011) mesure notamment au Royaume-Uni des différentiels de revenu et de revenu horaire des médecins généralistes de même ordre que ceux obtenus dans les études américaines et toujours en faveur des hommes (30 % pour les revenus et 11 % pour le revenu horaire). La partie inexpliquée par les caractéristiques représente 66 % du différentiel. Toutefois, l'auteur obtient un résultat intéressant, le rendement des femmes associé à la rémunération obtenue pour une heure de travail serait supérieur à celui des hommes. En France, Le Fur et al. (2009) constatent que les femmes médecins généralistes travaillent moins que les hommes (jours par semaine, actes par jour, etc.). Ainsi, dans un système où le paiement à l'acte prime, l'écart de revenu entre hommes et femmes devrait être entièrement expliqué par cette différence d'activité.

La décomposition d'Oaxaca-Ransom (1994) permet de distinguer la partie du différentiel de revenu liée à des différences de caractéristiques, de celle liée à des différences de rendement de ces mêmes caractéristiques dans la formation du revenu.

Dans notre échantillon, l'écart de rémunération entre hommes et femmes est de 26 % en faveur des hommes. La partie expliquée par les différences de caractéristiques moyennes représente 73 % du différentiel (dont 3 % pour les écarts d'âge et 64 % sont expliqués par la différence de nombre d'actes fournis par an) tandis que 27 % correspondent donc au différentiel dit « inexpliqué ». Toutefois, l'effet lié à des différences de rendement de ces caractéristiques explique 15 % de l'écart total. En analysant ces différences de rendements, il est intéressant de noter que comme Gravelle (2011), nous montrons que les femmes ont un avantage significatif de rendement par rapport à l'échantillon pour la variable nombre total de consultation/visites par an. Ainsi, effectuer un acte supplémentaire est plus rémunérateur pour les femmes que pour l'ensemble des médecins généralistes de l'échantillon. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : un effet d'offre et ou un effet de demande. Selon la même intuition que celle développées par Delattre et Dormont (2000). Ainsi il existerait probablement des différences d'arbitrages entre les hommes et les femmes médecin généralistes

#### **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Armour B., Pitts M., Maclean R., Cangialose C., Kishel M., Imai H., Etchason J. (2001). The effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior. *Arch Inter Med.*; 161: 1261 – 1266
- [2] Attal-Toubert K., Legendre N. (2007). « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres ». Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - *Etudes et Résultats*, 578, Juin 2007.

---

<sup>32</sup> Article en cours de valorisation sur la base du mémoire de stage de Master 2 de Paris Dauphine de Magali DUMONTET.

<sup>33</sup> Theurl et Winner (2010), en Autriche, considèrent les médecins sous contrat avec l'assurance maladie, et Gravelle (2011) au Royaume Uni les médecins généralistes (GP).

- [3] Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale, Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - *Etudes et Résultats*, 610, Nov 2007.
- [4] Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautierd A., Le Fur P., Mousquès J. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Irdes Questions d'Economie de la Santé* n° 157. Sept 2010.
- [5] Beaute. 2007. « Baromètre des pratiques en médecine libérale : résultats de l'enquête 2006 ». *Document de travail* de l'Irdes, n°5.
- [6] Bellamy V (2010) : « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 ». *Etudes et Résultats*, Drees juillet 2010 ; n°735.
- [7] Delattre E. et Dormont B. 2000, « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Un test microéconométrique sur données de panel », *Economie et Prévision*.
- [8] Déplaude 2009. « De l'erreur en politique, le cas de la régulation démographique du corps médical en France » (1980-2005), In Ch. Chauviré, A. Ogien et L. Quéré (dir.), *Dynamiques de l'erreur*. Paris, Editions de l'EHESS, 2009
- [9] Dormont et Samson 2008 : Démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations. *Economie et Statistiques*, n°414
- [10] Downing A., Rudge G., Cheng Y., Tu Y.K., Keen J., Gilthorpe M.S. "Do the UK government's new Quality and outcomes framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross sectional survey of routine healthcare data. *BMC health service research* 2007 : 166
- [11] Gravelle H., Sutton M., Ma A. « Doctor Behaviour Under Pay-for-Performance Contract: Evidence from the Quality and Outcomes Framework". CHE Research Paper 28. May 2007.
- [12] Haut Conseil pour l'avenir de L'assurance maladie (HCAAM). « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux ». 07/ 2007.  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis\\_240507.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_240507.pdf)
- [13] Le Fur P, Bourgueil Y., Cases C. (2009). « Le temps de travail des médecins généralistes - une synthèse des données disponibles ». *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes, n°144. 2009.
- [14] Mannion R, Davies H T O (2008) : Analysis : « P4P in health Care ». *BMJ* 2008; 336.
- [15] Rizzo et Zeckhauser. 2007 : Pushing incomes to reference points: Why do male doctors earn more? *Journal of Economic Behavior & Organization*, Vol. 63 (2007) 514–536
- [16] Videau Y, Batifoulier P, Arriighi Y, Gadreau M, Ventelou B (2010) : Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2010 (11 pages).

## **Fiche n° 6**

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

AXE DE REFERENCE : Définition d'un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours dans le contexte français

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

#### **HYPOTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE**

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

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

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

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

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

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

préventifs, et en cas de maladie, la bonne utilisation du système de soins, l'observance des traitements et prescription des médecins et l'apprentissage de la vie avec la maladie.

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

## **CONTEXTE ET OBJECTIF**

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

## **MÉTHODE**

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

## **RESULTATS**

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

## **CONCLUSION**

Les évaluations des interventions retenues permettent de conclure que des interventions mobilisant les soins primaires peuvent parvenir à réduire les inégalités sociales de santé. L'amélioration de l'accès financier aux soins, en particulier par la fourniture de soins gratuits

ou d'une couverture assurantielle gratuite, augmente la consommation de soins et améliore les résultats cliniques. Les interventions de promotion sanitaire personnalisées et adaptées à la culture des populations ciblées, menées par des pairs éducateurs, semblent également efficaces. Les interventions « parapluie » peuvent en outre fournir un cadre pour mettre en œuvre plusieurs interventions de promotion sanitaire. Enfin, les interventions sur l'organisation des soins, comme le travail d'équipe ou la coordination des soins, peuvent également réduire les inégalités de santé.

#### **ETAT D'AVANCEMENT**

Revue de la littérature achevée – rapport réalisé.

#### **VALORISATION**

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

Thèse de médecine de santé publique soutenue par Henri Leleu, le 25 octobre 2011.  
Réduction des inégalités sociales de santé et interventions en soins primaires : une revue de la littérature

## **Fiche n° 7**

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

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

RESPONSABLE ET EQUIPE : Olivier Saint Lary, Michel Naiditch

#### **HYPOTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE**

Alors que les Capi ont été accueillis avec réticence à la fois par les syndicats de médecins et certaines institutions professionnelles comme le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ils ont rencontré un réel succès auprès des médecins généralistes français. Des raisons d'ordre éthique ont été mises en avant par le Cnom pour justifier leur scepticisme. Qu'en est-il du point de vue des médecins ? Si des travaux ont déjà été réalisés en France pour étudier les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, aucun à notre connaissance n'a jamais été réalisé sur la mise en place du paiement à la performance des médecins traitants en milieu ambulatoire.

#### **OBJECTIF**

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

#### **MÉTHODE**

- 1/ Entretiens collectifs de type Focus group, l'un avec médecins adhérents, le second avec des non adhérents au CAPI.
- 2/ Construction d'un questionnaire à partir des résultats obtenus lors des focus groups et distribution du questionnaire via la mailing list de la SFMG.

#### **RESULTATS**

- 1/ Trois principaux points de tension éthique identifiés et discutés :
  - une possible rupture dans la dynamique actuelle d'autonomie des patients
  - la survenue d'un risque de sélection de patients
  - l'apparition de nouveaux conflits d'intérêts

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

- 2/ 1 050 questionnaires étaient correctement remplis et exploitables.

Les répondants étaient représentatifs sur les critères d'âge, de sexe, de secteur d'installation, et du taux de signature de Capi.

Ce travail a permis d'attribuer un poids relatif aux différentes tensions éthiques identifiées. Il semble que l'apparition de nouveaux conflits d'intérêts, la diminution de l'autonomie des médecins ou encore le risque de dirigisme accru constituent des points de tension majeurs aux yeux des médecins interrogés alors que le risque de diminution de l'autonomie des patients ou de diminution de la confiance accordée par les patients à leurs médecins traitants n'apparaissent pas au premier plan.

L'appréciation des tensions éthiques potentielles a été différente en fonction du statut de signataire ou de non signataire du Capi.

#### **ETAT D'AVANCEMENT**

Partie qualitative terminée

Partie quantitative : recueil des données effectué, analyse en cours

#### **VALORISATION**

1/ PARTIE QUALITATIVE :

##### Présentations orales :

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

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

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

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

##### Articles :

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

Saint-Lary O, Plu I, Naidich M. Ethical issues raised by the introduction of P4P in France: papier soumis au *Journal of Medical Ethics* (actuellement en deuxième lecture).

2/ PARTIE QUANTITATIVE :

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

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

Analyse des données en cours, écriture d'articles prévue en 2012

## Fiche n° 8

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

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

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

#### HYPOTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE

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

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

## **OBJECTIFS**

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

Les objectifs secondaires sont :

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

## **MÉTHODE**

L'étude sera décomposée en trois phases.

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

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

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

## **RESULTATS**

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

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

## **ETAT D'AVANCEMENT**

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

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

Phase II : La revue de la littérature est terminée.

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

#### **VALORISATION**

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

Une thèse est en cours de rédaction.

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

## Fiche n° 9

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

AXE DE REFERENCE : construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et des données de remboursement du Sniiram.

RESPONSABLES : Philippe Boisnault, Cécile Vuillermoz, Julien Mousquès, Marc Levailant

EQUIPE : Irdes, Cermes, SFMG

#### HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE

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

#### OBJECTIF

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

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

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

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

#### METHODE

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

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

#### RESULTATS

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

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

#### **ETAT D'AVANCEMENT**

Recueil de données terminées

Analyse des données en cours.

## **Fiche n° 10**

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

**AXE DE REFERENCE :** construction d'un outil de recherche constitué par une base de données appariant des données médicales et des données de remboursement du Sniiram.

**RESPONSABLES :** Philippe Szidon Philippe Boismault, Caroline Allonier, Philippe le Fur

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

#### **HYPOTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE**

La SFMG à travers l'OMG a développé une expertise en gestion de base de données relationnelle. De son côté, l'Irdes possède une expertise dans le traitement de données en environnement statistique SAS®. Les programmes de traitement statistique type SAS peuvent être alimentés par des données issues d'une base de données. Le montage d'un environnement de base de données de type professionnel nécessite des compétences particulières à la fois de montage de l'environnement de base de données et d'organisation des données dans un environnement de type décisionnel.

#### **OBJECTIF**

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

#### **MÉTHODE**

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

Le chantier s'est déroulé à la fois sur le site SFMG avec montage des 3 bases (Sniiram, Extraction OMG et Structure de la base Prospere) et sur le site Irdes : montage d'un environnement Oracle sur une machine Irdes par les informaticiens de la SFMG et de l'Irdes.

#### **RESULTATS**

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

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

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

## ETAT D'AVANCEMENT

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

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

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

Le premier envoi de données Sniiram nous a semblé très éloigné de ce qui était attendu : **34 656 individus** dont **23 287 individus** avaient eu au moins un contact avec l'un des 30 médecins de l'OMG et donc **11 369 individus** n'en avaient eu aucun. Par ailleurs, les données de l'OMG montraient que le nombre de patients ayant eu au moins un contact avec l'un des 30 généralistes de l'OMG en 2008 était de **43 116**, soit une absence dans l'extraction Sniiram de **19 829** individus. En prenant en compte toutes les prestations effectuées par ces 23 287 individus, la base extraite du Sniiram aurait dû comporter **7 708 903 lignes**. La base fournie comportait un peu plus de **82 millions de lignes**. Enfin, les 34 656 individus figurant dans la base semblaient avoir eu au moins un contact avec pratiquement tous les généralistes de France (55 000 généralistes différents).

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

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

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

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

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

#### **CALENDRIER PRÉVISIONNEL**

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

ANNEXE  
VERS UN OBSERVATOIRE  
DES PATHOLOGIES ET DES PRATIQUES  
EN MEDECINE GENERALE

**VERS UN OBSERVATOIRE  
DES PATHOLOGIES ET DES PRATIQUES  
EN MEDECINE GENERALE**

**DOCUMENT D'ETAPE  
V4.0**

**PRESENTATION AU COLLEGE DE LA MEDECINE GENERALE  
LE 9 JUIN 2011**

*Ce document est un document d'étape, qui a pour but de présenter l'état de la réflexion de la Société Française de Médecine Générale pour son projet d'évolution de l'Observatoire de la Médecine Générale. Cette réflexion, débutée il y a plus d'un an, s'enrichit en permanence des contributions des acteurs du monde la santé : structures professionnelles ou de recherche, institutionnels ...*



## Sommaire

<i>Sommaire</i> .....	2
<b>1 Introduction et Périmètre du document</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Objectifs du projet</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>Objectifs pour la recherche</i> .....	5
2.2 <i>Objectifs pour la santé publique</i> .....	6
2.3 <i>Objectifs pour la profession</i> .....	6
2.4 <i>Objectifs pour la SFMG</i> .....	7
2.5 <i>Objectifs organisationnels</i> .....	7
<b>3 L'OMG aujourd'hui</b> .....	<b>8</b>
3.1 <i>Le réseau des investigateurs de l'Observatoire</i> .....	8
3.2 <i>Les données recueillies</i> .....	10
3.3 <i>Les logiciels</i> .....	12
3.4 <i>Les extracteurs</i> .....	13
3.5 <i>Le Département d'information médicale</i> .....	14
3.6 <i>Travaux et publications</i> .....	20
3.7 <i>Les partenaires</i> .....	22
3.8 <i>Les évolutions de l'OMG à court et moyen termes tels qu'envisagés par la SFMG</i> .....	23
3.9 <i>Le financement de l'OMG</i> .....	24
<b>4 La Gouvernance</b> .....	<b>25</b>
4.1 <i>Le groupe de travail</i> .....	25
4.2 <i>Les principes de gouvernance (à développer par le groupe de travail)</i> .....	25
4.3 <i>La forme juridique</i> .....	25
4.4 <i>La gouvernance opérationnelle</i> .....	25
4.5 <i>La gouvernance scientifique</i> .....	26
4.6 <i>Le conseil scientifique</i> .....	26
<b>5 calendrier et financement</b> .....	<b>27</b>
5.1 <i>La période de mutation</i> .....	27
5.2 <i>La pérennité du financement</i> .....	27
5.3 <i>Période de transition</i> .....	28



## 1 INTRODUCTION ET PERIMETRE DU DOCUMENT

Depuis 15 ans La SFMG<sup>1</sup> à mené une expérimentation, l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), dont l'objectif principal était de montrer qu'il est possible de recueillir des données structurées décrivant l'exercice de la médecine générale afin d'alimenter une base de données dont la finalité sont la description des pathologies et des pratiques et la recherche en médecine générale. Ces données, recueillies en cours de consultation pour tous les patients vus par les généralistes décrivent notamment les données médicales individuelles de ces patients (DoMI), les diagnostics pris en charge ainsi que les procédures de soins mises en œuvre, en particulier au niveau des prescriptions pharmaceutiques. Ainsi, à chaque consultation d'un patient donné chez un médecin participant à l'OMG, ces informations sont mises à jour, ce qui permet de suivre, tant l'évolution des affections qui le conduise à consulter que les modalités de prise en charge notamment pharmaceutiques.

Les outils mis en place pour ce recueil, notamment le recueil sans double saisie des éléments de la décision médicale, ont permis d'obtenir une reproductibilité et une exhaustivité garantissant la qualité des analyses.

De la source de données à l'expression des données sur le Web et la production d'études, la SFMG a apporté des solutions à la majeure partie des problèmes qui se posent lors d'une telle expérimentation. Elle est maintenant prête à élargir son recrutement à un échantillon de médecins généralistes représentatifs des praticiens exerçant sur le territoire métropolitain, ce qui permettra de disposer ainsi d'une patientèle, elle-même représentative des patients qui consultent en médecine générale.

L'existence d'une telle base est nécessaire pour répondre au besoin de connaissances sur les soins de premiers recours ; celle-ci doit avoir une taille garantissant une représentativité et des moyens permettant l'industrialisation des processus permettant son alimentation.

Tout au long de l'expérimentation OMG, la SFMG a noué des partenariats, scientifiques et financiers avec différents acteurs du monde la santé : Le Groupe Image, l'Irdes<sup>2</sup>, Le Cermes<sup>3</sup>, la CNAMTS<sup>4</sup>, les URML<sup>5</sup> (Bourgogne, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France).

Depuis plus de deux ans, la SFMG est engagée dans une équipe de recherche pluridisciplinaire (équipe Prospere<sup>6</sup> composée de chercheurs de l'Irdes, le Cermes et la SFMG) dont l'objectif est de fournir de l'information sur l'organisation des soins primaires et la performance des différents modes d'organisation. Dans ce cadre, une nouvelle base de données, nommée Base Prospere est en cours de construction. Celle-ci va associer pour chaque patient pris en charge par les généralistes de l'OMG les données cliniques recueillies par les praticiens participant à l'observatoire et les données

---

1 Société Française de Médecine Générale

2 Institut de recherche et documentation en économie de la santé

3 Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, sociétéCermes3 - UMR 8211 - U988

4 Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

5 Union régionale des médecins libéraux, remplacés en 2010 par les URPS : union régionale des professionnels de santé

6 Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiErs REcours



de remboursement issues du SNIIR-AM<sup>7</sup> (CNAMTS). Parallèlement les données d'une enquête réalisée à l'automne 2010 auprès des généralistes participant à l'OMG permettront d'associer dans cette base Prospère des éléments sur l'organisation des cabinets médicaux et ainsi de voir si ces éléments influent sur les pratiques de soins.

Ce travail expérimental consistant à appairer des données cliniques de patients consultant leur généraliste et leurs données de remboursement concernant l'ensemble de leurs consommations de soins est une première en France. Cette nouvelle base de données médicalisée devrait permettre d'étudier et de mieux comprendre les différences entre les prises en charge (parcours de soins, prescriptions pharmaceutiques, examens complémentaires ...) des patients présentant des tableaux cliniques similaires, tant pour les pathologies aiguës, chroniques ou plus encore pour les poly pathologies.

**La pérennité et l'extension d'un tel dispositif ne peut se faire qu'à travers des partenariats pluri disciplinaires, scientifiques, techniques et financiers.**

C'est dans ce cadre que la SFMG envisage la construction d'une base de données nationale, s'appuyant sur l'expérience acquise par la SFMG dans l'expérimentation de l'OMG et l'expérience de partenaires publics et privés, et dont les objectifs seraient de permettre aux chercheurs et aux enseignants d'avoir accès à une base de données représentative et de répondre aux besoins de connaissance accrus des décideurs.

Après avoir rappelé les différents objectifs du projet, ce document décrit le dispositif actuel de l'OMG, ses points forts et ses points faibles, les propositions de la SFMG en termes de gouvernance du dispositif, ses contours techniques et financiers.

**Ce document est la proposition de la SFMG au collège permettant de jeter les bases d'un nouvel observatoire national.**

---

<sup>7</sup> Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie



## 2 OBJECTIFS DU PROJET

### 2.1 Objectifs pour la recherche

Actuellement, il n'existe en France aucune base de données publique associant les motifs de recours des patients aux médecins, en particulier aux généralistes, aux actes et prescriptions réalisés lors des consultations. En sus de l'OMG, base expérimentale, il existe en France deux bases de données privées représentatives de la patientèle des généralistes IMS-Disease Analyser et Cegedim-Thales. Comme dans l'OMG, ces bases permettent de suivre chaque patient lors de chaque consultation auprès du même généraliste participant. Ces bases sont essentiellement destinées à l'industrie pharmaceutique.

La mise à disposition de la communauté scientifique d'une base de données issue des données recueillies dans les cabinets de médecine générale dont la puissance est garantie par un nombre d'investigateurs actifs conséquent (>1000 à moyen terme), et dont les processus techniques sont industrialisés pour obtenir une mise à jour régulière (jusqu'à quotidienne), permettra de développer des travaux de recherche en médecine générale. L'adjonction de données issues d'autres bases permettant de qualifier tout ou partie de cette base en cohorte (les patients suivis par leur médecin traitant) augmentera l'intérêt du dispositif : données médecin traitant du SNIIR-AM, des registres (cancer,...), Cépide<sup>8</sup>, etc...

De nombreuses équipes de recherche issues des organismes publics scientifiques sont intéressées par l'utilisation d'une telle base et contribueront par leurs travaux à en améliorer le contenu.<sup>9</sup>

La multiplication des traitements médicamenteux dans les dernières années rend urgent la recherche sur les poly pathologies et la poly prescription ; celle-ci devra être un des axes prioritaires d'analyse et de recherche sur cette base : pharmaco-épidémiologie, pharmaco-vigilance, iatrogénie, évaluation des stratégies de prise en charge, études de coûts, etc. L'affaire récente du Médiateur nous a rappelé comment il était urgent et primordial que nous soyons présents dans ce domaine.

Ces études permettront aux différents acteurs du domaine de disposer de données actualisées en continue, leur offrant ainsi la possibilité de s'appuyer sur l'existant pour orienter tel ou tel choix ou décision. De plus, on peut penser que si des choix ou décisions prises par le régulateur, comme par exemple la mise en place de référentiels de bonne pratique, s'appuient sur ces données produites par les médecins eux-mêmes, ceux-ci seront d'autant mieux acceptés par les professionnels. De même, ces données seront certainement précieuses pour les enseignants de médecine générale dans le cadre de la formation initiale des étudiants, mais également pour les professionnels chargés de la formation médicale continue. Un tel dispositif peut aussi servir d'échantillon témoin à de nombreuses études d'intervention ou pour des études cas témoins.

La régionalisation est un axe majeur de l'évolution de l'organisation du système de santé. La mise à disposition d'une telle base permettra des analyses régionales ainsi que des comparaisons interrégionales, notamment en lien avec les URPS<sup>10</sup> et les ARS<sup>11</sup>. Le travail sur la représentativité

<sup>8</sup> Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm

<sup>9</sup> Mémoire de Master de santé publique. Cécile Vuillermoz. Juin 2011

<sup>10</sup> Union Régionale des Professions de santé (ex-URML)



effectué en collaboration avec l'Irdes depuis 8 ans montre que le seuil de 2% des médecins avec une représentativité sur le sexe l'âge et le lieu d'installation permet des analyses régionales.

Au terme de l'expérimentation de l'équipe Prospere, fin 2012, et en fonction de ses conclusions, la mise à disposition d'une base de données issue du rapprochement des données de l'OMG et des données du SNIIR-AM permettra de passer d'une analyse verticale des pratiques des médecins généralistes à une analyse transversale des trajectoires de soins des patients qu'ils prennent en charge. Ces données devraient ainsi permettre de répondre, pour des patients ayant un même tableau clinique, en quoi tel ou tel parcours de soins (avec ou sans hospitalisation par exemple) conduit à une meilleure efficacité (amélioration au plan clinique) et/ou à une meilleure efficacité pour un même résultat clinique.

## 2.2 Objectifs pour la santé publique

La complexité de l'exercice en soins primaires notamment avec le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, l'accroissement en nombre des populations poly pathologiques, la multiplication des acteurs dans le champ de la santé et les coûts de ces dispositifs rendent difficile l'analyse des pratiques en santé primaire. Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine ont permis l'émergence de population du quatrième âge fortement poly pathologique qui n'existait pas il y a 30 ans et dont la prise en charge est empirique.

Cette modification en profondeur de l'état de santé de la population française et le développement de la prévention et aussi à l'origine d'une forte augmentation de la poly prescription qui est un domaine peu exploré.

La mise à disposition d'une base accessible pour la recherche et pilotée par des équipes pluridisciplinaires d'origines différentes permettra de définir des priorités de santé publique pour lesquelles des actions pourraient être mises en place.

La participation à la veille sanitaire doit être aussi développée ; les cabinets de médecine générale sont un lieu privilégié pour la surveillance de la population (85% des français consultent un médecin généraliste dans l'année). Une remontée rapide des informations cliniques, en particulier pour certaines pathologies, peut permettre aux organismes chargés de la veille sanitaire ou de la surveillance épidémiologique, de disposer d'informations en provenance des médecins généralistes dans des délais extrêmement courts, informations qui viendraient compléter celles recueillies dans les services d'urgences hospitaliers.

## 2.3 Objectifs pour la profession

Un tel dispositif est un enjeu majeur pour la profession.

C'est un outil de la connaissance sur l'activité des médecins généralistes.

La gestion de la santé publique s'appuie de plus en plus sur des données chiffrées, et il est important que la profession puisse contribuer à la connaissance en s'appuyant sur des sources fiables, contrôlées et reconnus.

<sup>11</sup> Agence Régionale de Santé



## 2.4 Objectifs pour la SFMG

La SFMG souhaite poursuivre ses travaux, notamment autour de l'OMG dans le champ de la médecine de premier recours et ses travaux théoriques.

Dans le dispositif, la SFMG doit abandonner progressivement l'expertise technique qu'elle a acquise au cours de l'expérimentation initiale, pour concentrer ses efforts sur :

- L'expertise de médecin de terrain producteur des données de l'Observatoire. Cette expertise est un élément indispensable à la compréhension des données notamment dans les situations complexes
- L'expertise scientifique sur le domaine de l'exercice de la médecine générale. Cette expertise complémentaire aux savoirs des autres disciplines : santé publique, épidémiologie, sociologie, économie de la santé, etc... Cette expertise est partagée avec les autres structures du Collège de la Médecine Générale.

L'utilisation du panel des médecins de l'Observatoire pour des travaux spécifiques et complémentaires aux données recueillies permettra de poursuivre les travaux engagés depuis plusieurs années.

La SFMG assure par ailleurs la représentation des médecins du réseau qui acceptent de transmettre leurs données :

- parce que la SFMG en garantit l'utilisation
- parce qu'ils sont adhérents de la structure qui les gère
- parce que la SFMG est une structure scientifique professionnelle

De ce fait il paraît efficient sinon incontournable que la SFMG poursuive son travail d'animation du réseau (accompagnement, formation, etc.).

La SFMG souhaite rester pour le collège l'effecteur du projet en bâtissant le nouvel observatoire sur l'expérience acquise en 18 ans.

## 2.5 Objectifs organisationnels

Trois axes peuvent être définis :

- Mettre en place une gouvernance du projet garantissant aux investigateurs une transparence sur l'utilisation de leurs données sans laquelle aucune adhésion ne sera possible.
- Bâtir un modèle économique permettant l'utilisation des données à des fins d'études et recherches, nationales ou régionales, à des coûts permettant de rendre le système autonome financièrement tout en permettant aux acteurs de recherche publique un accès à un coût raisonnable.
- L'architecture de la base et la gouvernance doivent permettre de répondre aux besoins d'études et des recherches par un travail en amont sur la définition des critères par un comité scientifique constitué des utilisateurs finaux de ces données.



## 3 L'OMG AUJOURD'HUI

Ce chapitre décrit le dispositif actuel de l'OMG, tel qu'il a été mis en place progressivement au cours des 15 dernières années. Chaque élément de la chaîne est un élément de la réussite de l'ensemble ; il nécessite une organisation spécifique.

L'observatoire de la Médecine Générale est dirigé par le médecin généraliste, membre du conseil d'administration de la SFMG ; un comité de pilotage composé des responsables des différents départements et des partenaires se réunit une fois par trimestre pour définir les orientations du dispositif.

### 3.1 Le réseau des investigateurs de l'Observatoire

Le réseau est constitué de médecins investigateurs volontaires.

Pour devenir médecin investigateur, il suffit :

- d'être médecin généraliste en exercice principal, assurant le suivi des patients au long cours, dans un cadre ambulatoire (libéral ou salarié),
- de disposer d'un équipement informatique et d'un accès à Internet,
- de disposer d'un logiciel de gestion de cabinet médical labellisé par la SFMG,
- d'utiliser un outil sémiologique pour structurer ses observations ; historiquement, les investigateurs utilisent tous le DRC<sup>12</sup>, avec l'arrivée des utilisateurs de Médistory, les données recueillies pour le diagnostics sont issues aussi de la CIM ou de la CISP
- de s'engager à adresser régulièrement ses données anonymisées à la SFMG.

**Tout médecin généraliste peut devenir investigateur.** Le travail quotidien du médecin est inchangé dans son principe. Il s'agit uniquement de saisir dans le dossier médical et de manière structurée les informations utiles pour suivre ses patients et les soins qui leur sont prodigués. **Le médecin travaille comme il en a l'habitude, sans double saisie**, bien que l'incitation à structurer son dossier soit une constante de l'animation du réseau, en particulier pour le support de la décision par l'intermédiaire du DRC.

La participation à l'OMG est ouverte de principe à tout médecin volontaire, quel que soit son LGDM<sup>13</sup>. C'est ainsi qu'au 1<sup>er</sup> octobre 2010, **1 060 médecins** ont exprimé leur volonté de faire partie du réseau de l'OMG. De ce fait, ils sont intégrés à la communauté de l'OMG, peuvent participer aux différentes listes de discussion, se voient proposer des formations à la structuration des données (diagnostics, médicaments, ...), si possible dans le cadre de leur logiciel, peuvent participer à des enquêtes proposées par la SFMG dans le cadre de ses différents projets de recherche. La réalisation d'un extracteur leur permet dans un deuxième temps de devenir investigateur « actif » et d'envoyer des données.

<sup>12</sup> Dictionnaire des Résultats de Consultation

<sup>13</sup> Logiciel de gestion des données médicales



Groupe	Typologie	Nombre au 1/6/2011
Groupe 1	Médecins transmettant des données qui sont utilisées pour les études (Données qualifiée)	85
Groupe 2	Médecins transmettant leur données qui ne sont pas, ou pas encore, qualifiées	115
Groupe 3	Médecins ayant fait acte de candidature pour l'OMG et travaillant sur un logiciel labellisé mais qui n'ont pas encore transmis des données	241
Groupe 4a	Médecins ayant fait acte de candidature et travaillant sur un logiciel labellisable à court terme	209
Groupe 4b	Médecins ayant fait acte de candidature et ne travaillant pas sur un logiciel labellisé ou labellisable à court terme	410
	<b>Total</b>	<b>1060</b>

La participation à l'OMG est individuelle. Dans le cadre d'un cabinet de groupe dont les praticiens partagent le même LGDM seules les données des prises en charge réalisées par le médecin participant sont envoyées à la SFMG. À tout moment, le praticien peut suspendre ses envois.

Le praticien dispose du contrôle complet des données exportées : les données cryptées envoyées restent disponibles sur son poste, et il peut à tout moment consulter leur contenu. Par ailleurs, la description des données exportées lui est également communiquée.

Enfin, chaque participant reçoit pour chaque envoi parvenu à la SFMG, un accusé de réception (AR).

Depuis sa création en 1993, 295 médecins ont participé à l'OMG. En 2011, 200 médecins ont envoyé des données, le plus souvent de manière hebdomadaire. Ce chiffre est notoirement insuffisant. Pour assurer une représentativité nationale et régionale selon les critères de sexe, d'âge (moins de 45 ans, de 45 à 55 ans et de plus de 55 ans) et de mode d'exercice (urbain, semi rural et rural), en incluant pour chaque région 2% des médecins généralistes de plein exercice, avec un effectif de minimal de 30, ce chiffre devrait être au minimum de 1 155 en France métropolitaine, et de 1 275 en incluant les départements d'outre-mer.

Après une phase de croissance initiale qui avait amené l'effectif **des membres actifs** du réseau à 150 en 2001, la stagnation, puis la décroissance constatée depuis 2005 sont, compte tenu des deux seuls logiciels labellisés jusqu'en 2010, principalement liées :

- au départ en retraite d'une partie des médecins fondateurs,
- à l'abandon du logiciel historique et orphelin, EasyPrat, pour un autre logiciel ne permettant pas (encore) de participer à l'OMG,
- et par la faible part de marché du logiciel Mégabaze dont les utilisateurs ont intégré l'OMG en 2006.

**Cette situation évolue favorablement à court terme. 270 utilisateurs de Médistory sont déjà membres du réseau, et vont pouvoir transmettre leurs données grâce à la finalisation de l'extracteur, qui est intervenu fin 2010.**



À moyen terme, les autres membres du réseau du groupe 4 pourront devenir investigateurs actifs au fur et à mesure de la labellisation des logiciels Shaman, Hypermed, XMed et Axilog, soit 550 investigateurs, chiffre correspondant à la moitié des 1 200 investigateurs évoqués supra.

À moyen terme, l'association d'Hellodoc et des logiciels de Cégédim à l'alimentation de l'OMG, par exemple en utilisant les formats standards d'échange évoqués ci-dessus, permettrait sans le moindre doute de résoudre de manière définitive les problèmes de représentativité de l'OMG.

Il est important de souligner que volonté de participation ne fait pas participation effective, et que participation effective n'est pas synonyme de capacité d'utiliser les données envoyées pour des études épidémiologiques. Nous reviendrons sur le processus de qualification des données infra, mais il est nécessaire d'insister, dans ce paragraphe consacré au réseau, sur la nécessité d'un accompagnement des investigateurs. L'expérience acquise au cours des dix dernières années nous a montré que le passage à l'acte pour un premier envoi de données nécessite de nombreux échanges, épistolaires et téléphoniques, avec les membres du réseau ; une fois un premier envoi réalisé, les investigateurs actifs sont soucieux de leur positionnement par rapport à l'ensemble du groupe. Au-delà du travail scientifique mené au sein de l'OMG pour la définition de typologies de patientèles et d'exercices, et d'indicateurs d'efficience en prise avec la pratique de médecine générale, la visualisation par l'investigateur, sur le site de l'OMG, de son exercice par rapport à celui de l'OMG, la réception dans sa boîte au lettre de positionnements individuels, comme l'existence d'une assistance téléphonique, sont des éléments venant renforcer sa volonté de participation.

### 3.2 Les données recueillies

Dans un contexte épidémiologique, seules les données structurées, ou structurables sans trop de difficulté, peuvent être recueillies. Les médecins participant à l'OMG envoient donc l'ensemble des éléments structurés présents dans leurs logiciels de gestion de dossier médical. Cette structuration peut faire appel à des référentiels extérieurs (DRC, CIM10<sup>14</sup>, CISP<sup>15</sup>, CCAM<sup>16</sup>, ...) ou à des référentiels internes au LGDM ; il s'agit alors d'une liste de termes pertinente dans le contexte de saisie, le plus souvent initialisée par défaut par l'éditeur et modifiable par chaque praticien utilisateur. Le plus souvent, ces listes de termes ne sont pas rattachées à une nomenclature pivot.

Les données envoyées sont anonymes : tous les éléments permettant de remonter au patient sont exclus des envois. Ceci concerne en particulier les noms, prénoms, adresses, téléphone, NIR<sup>17</sup>...

L'objectif est de disposer de l'exhaustivité de l'activité et des prises en charge de chaque praticien participant. L'accord de la CNIL<sup>18</sup> dispose que les patients sont réputés accepter l'envoi de leurs données anonymisées à l'OMG, sauf avis contraire. Ils sont informés de la participation de leur médecin à l'OMG par voie d'affiche dans la salle d'attente, et peuvent

<sup>14</sup> Classification internationale des maladies 10<sup>ème</sup> version

<sup>15</sup> Classification internationale des Soins Primaires

<sup>16</sup> Classification commune des actes médicaux

<sup>17</sup> Numéro d'inscription au répertoire

<sup>18</sup> Commission nationale de l'informatique et des libertés



demander à être exclus des envois.

Les données ne sont pas agrégées avant envoi. L'OMG dispose donc du niveau de granularité le plus fin présent dans le LGDM.

**Le médecin ne recueille pas ses données pour l'OMG mais pour renseigner son dossier. Une clé de l'exhaustivité est le renseignement en temps réel et en continu au cours de la séance, le médecin saisissant les informations qui lui semble nécessaire pour la qualité des soins qu'il délivre à son patient ; il n'y a pas, ou peu, de saisies différées ; les saisies redondantes sont limitées, pas de double saisie.**

Cette exhaustivité est cependant limitée par plusieurs facteurs, dépendant du praticien, du LGDM et des modalités de participation au réseau.

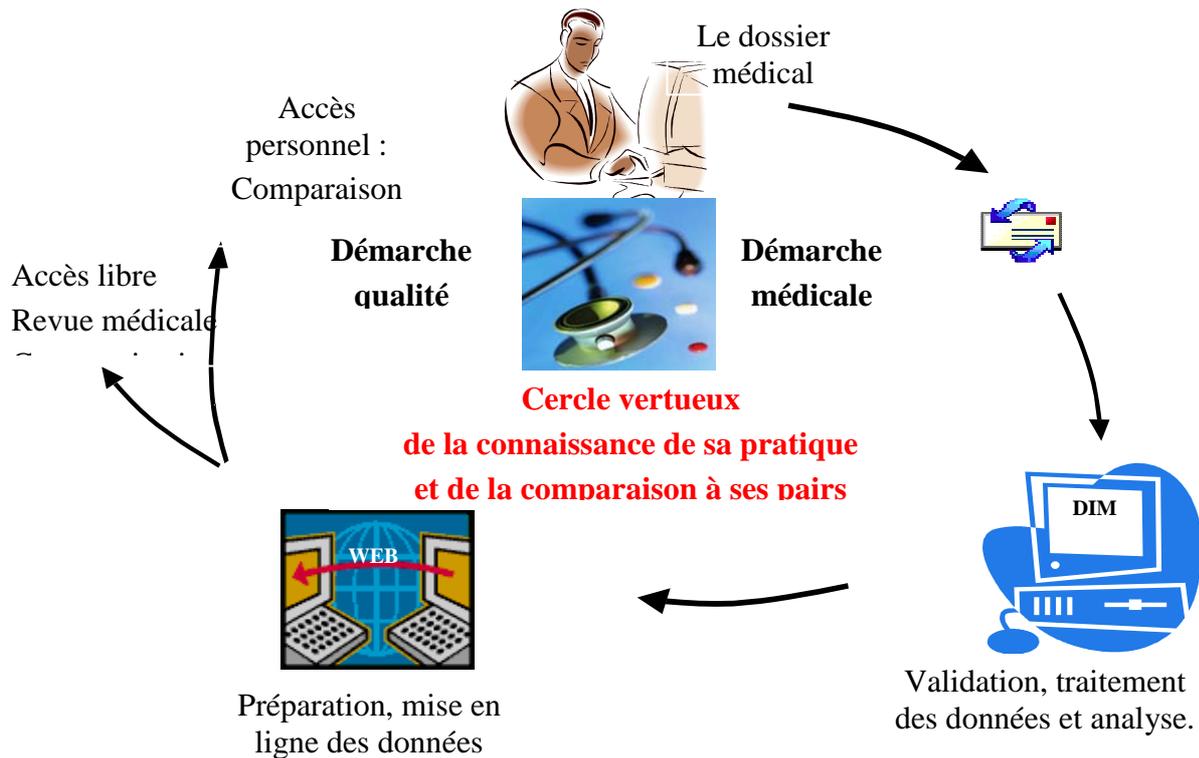
La première limite tient aux modalités d'utilisation du logiciel. Un praticien donné ne saisit dans son LGDM que les données qu'il considère comme étant nécessaires à la prise en charge de son patient. Cette notion est éminemment contexte-dépendante : deux patients donnés aux pathologies différentes et bénéficiant de ce fait de prises en charges différentes ne verront pas saisies les mêmes données.

La deuxième tient au logiciel lui-même. Selon les LGDM, le périmètre de structuration des données saisies varie. C'est ainsi, par exemple, que les décisions, qui se traduisent le plus souvent par l'édition d'une ordonnance (prescription médicamenteuse, d'examen complémentaire, d'adressage médical ou paramédical, ...) sont produites sous forme de documents textuels susceptibles d'être imprimés (comprenant en particulier l'identification du cabinet, les mentions légales obligatoires, ...) et sauvegardés sous cette forme. Si les prescriptions médicamenteuses sont le plus souvent (mais pas systématiquement) stockées également sous forme structurées, les autres décisions ne le sont généralement pas, et il n'est alors pas possible d'exporter l'information de l'existence d'une telle décision, a fortiori son contenu.

Si le praticien voit l'ensemble de ses prises en charge exportées, il peut ne pas en être de même pour les patients pris en charge au sein du cabinet. En effet, dans un cabinet de groupe, chaque médecin est libre de sa participation ; seules les prises en charge des praticiens participants étant exportées, la vision peut être parcellaire. Par ailleurs, les modalités d'utilisation du LGDM sont médecins-dépendantes ; une même prise en charge, constituée des mêmes éléments, peut donc être décrite de manière différente, au sein d'un même cabinet, en fonction du praticien concerné.

Notons enfin que le périmètre des données exploitables ne pourra s'élargir à la totalité du processus de prise en charge qu'à la double condition d'une possibilité de structuration du recueil pour l'ensemble des champs, et de la volonté des praticiens d'utiliser l'ensemble de ces possibilités.

Enfin l'observatoire de la médecine générale est un outil de connaissance et de comparaison, pour l'amélioration de la stratégie décisionnelle. Tout part du cabinet du médecin investigateur pour revenir à l'ensemble des médecins par le biais du site internet.



### 3.3 Les logiciels

En octobre 2010 trois logiciels permettent de participer à l'OMG :

- EasyPrat dans ses versions 5 et 6,
- Mégabaze dans ses versions 7 et 8,
- Médistory dans sa version 3.

D'autres éditeurs ont affirmé leur volonté de proposer cette possibilité à leurs clients :

- Ouvrez la boîte avec le logiciel Shaman,
- HM Conseil avec le logiciel Hypermed,
- Amédulo et A10 Technologie avec le logiciel XMed,
- Axisanté V4 avec le logiciel Axilog.

La capacité à alimenter l'OMG dépend de nombreux facteurs, dont l'état d'avancement de l'intégration du DRC ; les difficultés de développement d'un extracteur OMG varient selon les logiciels. Elles sont en particulier liées à la capacité des éditeurs à mener de front : exigences de l'implémentation des réponses aux demandes des utilisateurs, exigences réglementaires, et cahiers des charges de la SFMG.

Les limites du mode opératoire actuel sont nombreuses.

La première tient au caractère volontaire de la participation des éditeurs. Au-delà même de leur capacité à faire, une volonté de coopérer avec la SFMG est une condition préalable, qui se traduit en particulier par un partage avec le DIM<sup>19</sup> de la structure de stockage du logiciel. Celle-ci n'est envisageable que si les activités d'analyse de la SFMG ne sont pas

<sup>19</sup> Département d'Informations Médicales de la SFMG



vécues comme concurrentes par l'éditeur.

La deuxième tient à une éventuelle modification de la politique de l'éditeur vis-à-vis de l'OMG, en particulier lors d'un rachat comme ce fut le cas successivement, pour Médiclick, Easyprat et Mégabaze.

Une autre question est celle des logiciels orphelins. Que l'éditeur ait déposé le bilan, ou que les médecins aient refusé de changer de version, il se produit une déconnexion entre médecin utilisateur et éditeur. L'absence de format standardisé d'export et d'import de données entre LGDM met alors en péril tant sa capacité à accéder à l'historique du dossier de ses patients (dont la durée légale de conservation est d'au moins 30 ans) que sa participation à l'OMG.

La variété de l'offre de logiciels médicaux est nécessaire : elle garantit l'existence d'une concurrence permettant d'éviter une situation de monopole et donc d'offrir à chaque praticien un logiciel adapté à ses besoins spécifiques. Il ne faut cependant pas sous-estimer les problèmes soulevés par la dispersion actuelle ; celle-ci nous a amené, faute de pouvoir nous baser sur un standard d'échange inexistant, à devoir multiplier les chantiers d'extracteur, à augmenter les coûts, allonger les délais.

Une réflexion globale sur l'ensemble des échanges en médecine générale, qu'il s'agisse de transferts horizontaux de tout ou partie des données entre LGDM, par exemple dans le cadre d'une migration, ou verticaux vers un observatoire national, serait de nature à permettre à moyen terme une généralisation des formats d'entrée dans l'OMG, et de ce fait à simplifier l'ensemble du dispositif.

### 3.4 Les extracteurs

Le processus de définition du périmètre d'extraction, permettant de sélectionner les données qui seront transmises à l'OMG, est un travail à façon.

Nous avons supra souligné les différences apparaissant dans la qualité des données stockées de manière structurée ; au cours de cette phase nous analyserons en complément le type de chaque donnée (numérique, texte), son lien à un éventuel référentiel, pivot ou local, à son caractère anonyme, ou anonymisable, ...

Nous nous intéresserons également aux modalités physiques de stockage, qui auront un impact sur les modalités ultérieures de traitement. Pour chacun des domaines, les données de prise en charge des patients peuvent être centralisées dans un environnement unique ou être réparties dans plusieurs contextes (par exemple, les données de biologie peuvent être stockées de manière différente selon qu'elles ont été intégrées automatiquement sous forme de flux HPRIM ou saisies à la main ; les éléments d'anamnèse et d'examen clinique peuvent bénéficier d'un environnement de stockage particulier, ou se trouver associés au retours de biologie ; les RC<sup>20</sup> peuvent, ou non, se trouver dans le même environnement que les codes CIM10, code CISP, ...). Les logiciels que nous avons étudiés montrent tous les intermédiaires entre le bloc note informatique, avec une structuration minimale, et serveur d'étude conçu pour réaliser des études cliniques en ville, à la structuration quasi complète.

Soulignons par ailleurs la forte dispersion des outils de stockage eux-mêmes. Les bases de données relationnelles sont les plus nombreuses. Nous assistons actuellement à une migration des environnements amateurs (Access, 4D) vers des environnements

---

<sup>20</sup> Résultats de Consultation



professionnels (4D dans sa nouvelle version SQL, SQL Server, voire Oracle) ; Les bases de données objet sont également représentées, en particulier dans l'environnement Macintosh. Il existe cependant encore de nombreuses applications « maison », certaines d'entre elles ayant peu évolué depuis la mise en œuvre initiale de fichiers séquentiels indexés.

Cette multitude d'environnement de stockage différents, l'impossibilité pour certains d'entre eux d'être accédé par un client ODBC, le verrouillage des bases de données professionnelles par des mots de passe non disponibles aux utilisateurs, ... sont autant d'éléments rendant indispensable une forte coopération entre la SFMG et l'éditeur.

Au bout de ce processus est produit un cahier de spécifications fonctionnelles. Il décrit les grandes lignes des modalités d'extractions (complètes, entre eux dates, incrémentales) et d'envoi des données (automatique ou manuelle). Il fixe le périmètre d'extraction, décrit les fichiers qui seront transmis, et leur contenu.

Dès l'admission au service actif de l'extracteur, le logiciel obtient **le label OMG**.

Il faut compter de douze à dix-huit mois pour réaliser un extracteur ; dans les conditions actuelles de fonctionnement de la SFMG environ deux ans seraient nécessaires pour terminer le développement des quatre extracteurs non encore finalisés, et assurer l'intégration des données extraites dans l'OMG de la SFMG. Il est important de noter que ces délais ne pourront être tenus qu'avec une implication forte des éditeurs, en particulier en termes de délais de planification des développements nécessaires au sein du LGDM.

À titre d'exemple, nous fournissons en annexe les spécifications fonctionnelles de l'extracteur Médistory dont le développement est quasiment terminé. Sa réalisation a fait l'objet d'une facturation de 45 000 € HT.

## 3.5 Le Département d'information médicale

### 3.5.1 Organisation générale

Le département d'information médicale (DIM) de la SFMG gère l'ensemble des services d'appui de l'Observatoire. Ceux-ci regroupent l'ensemble des activités nécessaires à l'écriture des spécifications des différents extracteurs, au test et à la validation des développements réalisés, à l'écriture des différentes procédures d'intégration des données reçues dans les bases de la SFMG, à la création de la base décisionnelle support des études, et en tant que besoin à la création des mini-entrepôts de données réalisés pour les études qui les requièrent.

Au jour le jour, le DIM gère les envois des médecins, et assure en particulier l'envoi des accusés de réception. Il intègre les données reçues au sein de la base de l'Observatoire ; Il effectue les contrôles de qualité qui permettent leur qualification pour les études.

En tant que responsable de la mise en forme des données utilisées en particulier par les logiciels statistiques, le DIM participe à l'écriture des protocoles de recherche ; il est le rédacteur des chapitres « matériel et méthode » des rapports d'étude, et des articles qui en sont tirés.

Le DIM est également l'interface naturelle avec le département gérant le site de l'OMG, lui fournissant les données qui seront mises en ligne.

Il met en œuvre la politique de retour individualisé aux médecins, que ceux-ci soient réalisés par l'intermédiaire du site de l'OMG ou sous forme de courriel.



### 3.5.2 *Circuit des données*

---

Le DIM met en œuvre le processus de traitement des données qui permet de passer d'une structure reflétant le stockage transactionnel dans le LGDM à une mise en forme adaptée aux analyses décisionnelles.

Quelles que soient les différentes structurations dans les LGDM d'origine, les données reçues sont intégrées dans trois contextes généraux reflétant la structuration à trois niveaux développée par ailleurs :

- ✓ niveau 1 – données médicales individuelles (haut du sablier),
- ✓ niveau 2 – support de la décision,
- ✓ niveau 3 – décisions.

Les référentiels utilisés par les praticiens font l'objet d'un traitement particulier. Les nomenclatures externes sont au mieux gérées en intégrant les fichiers proposés par l'organisme promoteur (comme par exemple l'OMS pour la CIM-10). Les référentiels internes (proposés par défaut par l'éditeur du LGDM et/ou mis à jour par le médecin à partir de la structuration de son vocabulaire) font l'objet de divers traitements visant à obtenir un alignement sémantique. Il s'agit ici d'associer aux termes pivots, principalement pour les données des niveaux 1 et 3, l'ensemble des variations de même sens retrouvé dans les envois des praticiens. La grande variabilité de l'organisation des données et des référentiels au sein des différents LGDM, l'alternance de contextes de stockage structurés et non structurés, sont autant de questions qui doivent trouver une solution au cas par cas.

Le principal atout de ce mode de traitement est qu'il permet de connaître précisément, pour le panel de médecin étudié, la fréquence d'utilisation des différents termes, et donc de définir, dans le sillage de Pareto, les 20% de termes faisant 80% des occurrences.

Son principal inconvénient est le temps nécessaire à l'établissement de l'alignement du glossaire du médecin et de la nomenclature pivot. L'absence de liaison ex ante exige, pour chaque médecin, un traitement particulier dont la durée du traitement dépend du nombre de variations introduites.

Il est à noter que la mise à disposition d'une nomenclature métier alignée sur un référentiel pivot ne résoudrait pas l'ensemble des problèmes. S'il est a priori assez facile de définir un référentiel (quasi) exhaustif des décisions, la formalisation complète du niveau 1 en médecine générale semble assez illusoire. Si le poids, la taille, les tensions artérielles systoliques et diastoliques sont utilisés par tous, avec cependant de nombreuses variations (TAS, TA systolique, T.A.S. ...) l'étude de l'OMG montre que chaque praticien utilise un certain nombre de questionnaire dont le contenu lui est propre dont l'alignement a posteriori semble peu rentable dans une optique d'utilisation en santé publique.

### 3.5.3 *Outils d'intégration des données*

---

La réception des données s'effectue sous Windows ; chaque outil de décryptage (receveurs) a été développé spécifiquement pour chaque logiciel, et utilise ou non une logique SSL selon le type de développement réalisé. Chaque envoi est lié à son expéditeur auquel est envoyé un AR.

Les fichiers transmis sont réunis en lots et mis à disposition de l'environnement de stockage.

Cet environnement est composé de trois types de bases :



- ✓ une base de développement qui permet de réaliser les adaptations nécessaires (intégration d'un nouveau jeu de données, développement d'une nouvelle fonctionnalité, recette, ...),
- ✓ une base d'intégration qui permet le chargement des données envoyées par les praticiens,
- ✓ une base décisionnelle qui reconfigure les données de la base d'intégration pour en faciliter l'utilisation pour les études

L'intégration des données se déroule en trois temps :

- ✓ Dans un premier temps, les procédures stockées chargent le contenu des fichiers envoyés dans des tables de traitement.
- ✓ Dans un deuxième temps, une comparaison entre le contenu de ces tables de traitement et les données déjà présentes en base permet de différencier les données déjà intégrées des données nouvelles.
- ✓ Dans un troisième temps, ces données nouvelles sont intégrées dans les tables ad-hoc ; celles-ci ont une structure proche de l'environnement transactionnel des LGDM d'origine.

Toutes les données sont tracées tout au long du processus d'intégration. Il est ainsi possible de retrouver a posteriori le lot d'origine de chaque enregistrement.

Régulièrement, de huit à dix fois par an, les données de la base d'intégration sont transférées au sein de la base décisionnelle ; au cours de ce transfert, elles bénéficient d'une mise en forme plus adaptée aux contraintes d'analyse que l'environnement transactionnel d'origine. Cette base sert de support aux procédures de génération des fichiers de données qui sont transmis pour mise en ligne au site Internet de la SFMG.

### 3.5.4 Structuration des trois bases

---

Les trois bases de données de l'Observatoire sont des bases Oracle.

#### 3.5.4.1 Organisation en domaines

Les données des trois niveaux précédemment décrits sont réunies conceptuellement au sein de domaines.

**Le domaine patient** contient les données anonymes liées à l'individu (date de naissance, sexe, département de résidence, type d'assurance si disponible, ...).

**Le domaine séance** comporte les données caractérisant les contextes de prise en charge des patients (date et type de prise en charge : consultation, visite, téléphone, courriel, courrier, ...) ; il donne donc une vision synchrone du suivi des patients.

**Le domaine épisode de soins** propose une vision diachronique des prises en charge, liant celles-ci aux différentes pathologies, qu'elles soient aiguës ou chroniques. Il comporte des données sur les dates de début et de fin de l'épisode, la correspondance CIM10.

**Le domaine des données médicales individuelles** stocke les éléments de la partie haute du dossier présents dans les dossiers des patients à la condition nécessaire qu'elles soient compatibles avec une structure de type formulaire comportant des questions et des réponses. Les données externes structurées (par exemple la biologie) se voient associées, si faire se peut, aux valeurs normales fournies par les laboratoires. Données externes comme internes peuvent être de forme textuelle, à la condition qu'il s'agisse de mots clés (comme par exemple les éléments d'un compte rendu d'imagerie, une réponse à l'anamnèse, la présence ou l'absence d'un signe d'examen), comprendre des valeurs numériques (poids, taille, tension artérielle, ...) ou des dates (dernière règles, dernière

crise, prochaine vaccination, ...).

Le problème majeur posé par ce domaine est celui de l'arbitrage entre les zones textuelles utilisables et non utilisables, quelque part entre la suite de mots clés et le compte rendu stocké dans son intégralité. Nous avons par ailleurs déjà souligné le nombre important de termes, variantes de la nomenclature pivot, présents dans ce domaine, et la vérification de la loi de Pareto en ce qui concerne l'importance de leur utilisation.

**Le domaine « diagnostic »** : l'outil principal de formalisation du support de la décision au sein de l'OMG est le Résultat de consultation. Certains praticiens fournissent également des codes CIM10 : il s'agit alors soit de diagnostics saisis avant la mise en œuvre du DRC dans leur logiciel, soit de codes traduisant une utilisation dans un environnement d'aide à la décision, par exemple celui des contre-indications médicamenteuses traitées par le module d'aide à la prescription du logiciel. Les autres nomenclatures, personnelles ou officielles, sont, à ce jour, marginales en terme de volume au sein de l'OMG.

**Le domaine des décisions** comporte, si tant est que ces éléments soient stockés de manière structurée au sein du LGDM du praticien participant, les données suivantes.

- ✓ prescription médicamenteuse,
- ✓ biologie,
- ✓ imagerie,
- ✓ geste technique,
- ✓ arrêt de travail,
- ✓ adressage,
- ✓ procédure administrative,
- ✓ reconvoication et rappel.

Le problème majeur est de conserver la trace « structurée » de l'ensemble des décisions

L'expérience montre que ce dernier domaine est celui qui présente la plus grande hétérogénéité de structuration dans les LGDM.

Une autre limite des logiciels actuels est que, le plus souvent, il n'est pas possible de faire, au sein du LGDM et donc au sein de l'OMG, la liaison prescription initiale (par exemple NFS) et les données retournées par le prestataire (par exemple GB, GR, VGM, ...), donc entre la partie basse et la partie haute du sablier.

La plupart des LGDM proposent un environnement permettant de rattacher directement certaines données au patient sans passer par une séance (carnet de vaccination, ATCD, allergies, actes réalisés par d'autres acteurs, ...) ; la base de l'OMG traite donc également ce cas de figure.

#### 3.5.4.2 Base « OMG »

La base « OMG » assure l'intégration des données.

Sa structuration reflète le nécessaire compromis réalisé entre les structures transactionnelles de stockage des différents LGDM et l'indispensable harmonisation d'un entrepôt de données centralisé.

Chaque domaine comporte un certain nombre de tables qui contiennent soit les données de prise en charge des patients, soit les référentiels nécessaires à la compréhension de ces données (issus des LGDM comme nomenclature pivot avec sa structuration en synonymes).

Cette base est également le support des processus mis en œuvre au cours de l'intégration

des données, comme de ceux nécessaires à l'harmonisation des données référentielles ; ils ont été développés en PL-SQL.

Elle contient enfin les données de traçabilité de l'ensemble des processus réalisés.

En septembre 2010 elle contient pour les dix-huit années de fonctionnement (1993 – 2010) les volumes par domaine suivants :

**Tableau 1 – Effectifs des données de la base OMG par domaine – période 1993 – 2010**

<b>Donnée</b>	<b>Effectif</b>
Patients (individus)	799 073
Séances	7 394 010
Données médicales individuelles (DOMI)	8 499 677
Libellés différents de question - DOMI	5 090
Libellés différents de réponses - DOMI	6 360
Diagnostics (RC ou autres)	9 782 733
Critères de RC	33 394 631
Ordonnances	5 685 513
Prescriptions médicamenteuses	18 034 098
Décisions	554 552
Arrêts de travail	199 943
Journées d'arrêt de travail	2 316 992

#### **3.5.4.3 Base « Diogène »**

La base « Diogène » est le support de l'environnement décisionnel.

Elle contient l'ensemble des données issues de la base « OMG » et mises en forme pour un traitement décisionnel, ainsi que les procédures permettant cette réorganisation des données.

Elle contient également les mini-entrepôts de données (datamarts) dévolus aux études. Ceux-ci sont rendus nécessaires par la différence de temporalité entre les mises à jour mensuelles du contenu de cette base, et la nécessaire stabilité des données utilisées pour des études qui se réalisent sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

Soulignons par ailleurs que les règles de publication des résultats des études imposent de conserver les données d'origine sur une période d'au moins trois ans.

Rappelons qu'elle contient l'environnement d'alimentation du site de la SFMG constitué de tables dédiées et d'un ensemble de procédures PL-SQL.

#### **3.5.4.4 Base de développement**

Cette base est une « image avancée » de la base OMG puisqu'elle permet le développement et la recette des nouvelles fonctionnalités.

#### **3.5.4.5 Perspectives**

Une extension de l'OMG ne remettra pas en cause cette classique architecture à trois niveaux.

Seuls les volumes des bases augmenteraient de manière significative, mais resteraient très éloignés de ceux rencontrés par exemple dans le cadre de l'Assurance maladie.



À titre d'illustration, un export dump de la base OMG pèse quelques dizaines de gigaoctets.

### 3.5.5 *Qualification des données*

---

Le fait de disposer des données élémentaires présentes dans les LGDM permet de sélectionner à façon, en fonction du protocole de l'étude, les données utilisables.

Ce processus s'appuie sur la qualification des données.

Cette qualification consiste à évaluer les modalités d'utilisation de son LGDM par chaque médecin, pour chaque domaine et pour chaque année.

C'est par exemple ainsi que nous pouvons constater que 2% des médecins du réseau n'utilisent pas leur LGDM pour réaliser leurs prescriptions médicamenteuses, que 15% n'utilisent pas le carnet de vaccination du LGDM, quand il existe, ...

Chaque protocole d'étude permet de définir des contraintes de qualité que les données utilisées devront vérifier. Ainsi, par exemple, un projet portant sur les associations médicamenteuses ne nécessitera aucune donnée diagnostique, ce qui permettra d'inclure des praticiens ayant une saisie incomplète des prises en charge diagnostique. À l'inverse, l'établissement d'un top 50 des prises en charge les plus fréquentes en médecine générale imposera d'utiliser exclusivement les données des praticiens ayant une saisie exhaustive.

Ce travail de qualification est directement proportionnel au nombre de praticiens participants. Il doit être réalisé au fil de l'eau pour les médecins débutant une participation active à l'Observatoire, et pour l'ensemble de la base avant la consolidation annuelle.

### 3.5.6 *Consultation et utilisation des données*

---

Actuellement, les environnements décisionnels et de fouille de données sont physiquement présents à la SFMG, en prise directe sur les bases concernées. Un nombre très limité de personnes qui à la fois possèdent la connaissance de la structure et de l'organisation des bases participent à l'écriture des protocoles de recherche utilisant les données.

L'extension du réseau et l'industrialisation de la gestion de la base au service d'une communauté scientifique utilisatrice élargie se traduiront par une très forte augmentation de l'utilisation de l'environnement dans sa forme décisionnelle, et de la constitution de mini-entrepôts de données dédiés à des projets spécifiques.

Les unités de recherche associées seront localisées sur l'ensemble du territoire, comme les URPS partenaires (cf. infra), voire les ARS utilisatrices de données régionales.

Cette nécessaire évolution imposera la structuration d'un service d'appui de gestion des demandes ; mais elle exigera également la mise en place d'outils professionnels d'accès et de travail à distance, et donc une gestion fine des utilisateurs habilités.

### 3.5.7 *L'équipe Prospere*

---

Depuis plus de deux ans la SFMG est engagée dans l'équipe PROSPERE, équipe de recherche pluridisciplinaire financée par l'Iresp dont l'objet principal de recherche est l'organisation des soins primaires et la performance des différentes modalités d'exercice.

Dans ce cadre la construction d'une nouvelle base de données est en cours. Elle permettra de réunir des données médicales issues de l'OMG et des données de remboursement et de parcours de soin issues du SNIIRAM.



Cette équipe est constituée de chercheurs du CERMES, de l'Irdes, de la SFMG et est soutenu par le département de médecine générale de PIFO (Université de Versailles Saint Quentin)

## 3.6 Travaux et publications

Les données issues de l'OMG servent et ont servi depuis son début à un nombre important de communications orales et d'articles, tant au niveau français qu'international.

Nous prendrons ici quelques exemples afin d'illustrer cela.

### 3.6.1 Les articles

La première publication des données OMG date de 1998 avec le Document de Recherches en Médecine Générale intitulé « **Annuaire Statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale** ». Ce document téléchargeable gratuitement sur le site de la SFMG analyse les données de l'OMG de 1994 et 1995.<sup>21</sup>

D'autres publications ont utilisé les données de l'OMG, comme :

- « **Les consultations d'enfants en médecine générale. Les affections pédiatriques en soins primaires** » qui a reçu le deuxième prix de recherche de l'Ifed MG en 1998<sup>22</sup>,
- « **Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale** » Enquête transversale de l'Observatoire de la Médecine Générale (1995)<sup>23</sup>,
- « **Existe-t-il une typologie des actes en médecine générale ?** » issu d'une étude qui a servi à éclairer les débats de la commission des actes et nomenclatures (Ministère de la santé/CNAMTS)<sup>24</sup>,
- « **Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome** » qui a fait l'objet d'un Question d'Economie de la Santé édité par l'Irdes en 2010<sup>25</sup>.

Mais les données de l'OMG ont aussi servi à la publication d'article dans des revues étrangères :

- « **L'Observatoire de la Médecine Générale© Un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France** » publié par la revue Suisse Primary Care<sup>26</sup>
- « **Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands** » publié dans The European Journal of Public Health analysant les différences de prescription des antibiotiques dans les infections respiratoires hautes aux Pays Bas et en France en médecine générale<sup>27</sup>.

### 3.6.2 Etudes internationales et nationales avec des partenaires multiples

Les données de l'OMG ont aussi servi à la réalisation d'études Européennes ou nationales de référence.

Au niveau Européen, la SFMG a représenté la France dans une étude financée par l'UE dans le cadre du FP7. Dans le cadre de eHID, les données de l'OMG ont permis la comparaison entre 9

<sup>21</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/211/fichier\\_dr52\\_annuaire\\_stat\\_texte5bc42.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/211/fichier_dr52_annuaire_stat_texte5bc42.pdf)

<sup>22</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/187/fichier\\_enfantsegbe182.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/187/fichier_enfantsegbe182.pdf)

<sup>23</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/177/fichier\\_hta82028.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/177/fichier_hta82028.pdf)

<sup>24</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/128/fichier\\_article\\_typo\\_rdp2ba8d.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/128/fichier_article_typo_rdp2ba8d.pdf)

<sup>25</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/604/fichier\\_qes15638854.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/604/fichier_qes15638854.pdf)

<sup>26</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/418/fichier\\_omg81c8d.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/418/fichier_omg81c8d.pdf)

<sup>27</sup> [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/117/fichier\\_ckmf3986.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/117/fichier_ckmf3986.pdf)



pays Européens de prévalence des pathologies ischémiques cardiaques, du diabète de type 2 et des pathologies psychiatriques.

Les données de l'OMG vont servir dans une étude en cours sur la résistance bactérienne aux antibiotiques en médecine de ville. L'étude Après est financée par l'UE, se déroulera de 2010 à 2012 et permettra, entre autre, de comparer les résistances bactériennes à la prescription des antibiotiques en ville.

Elles ont aussi servi en 2000 à une étude de faisabilité d'un réseau sentinelle en Europe : « Etude comparative sur le diabète de type II. Résultat d'un réseau informatisé de l'observatoire de la médecine générale ».

En 2010, la SFMG a été contactée par Esac, le réseau de surveillance de la consommation des antibiotiques en Europe, pour que les données de l'OMG soient intégrées à leur panel.

Au niveau national, les données de l'OMG ont servi dans des études de référence comme :

- L'étude Asalée pour laquelle les données OMG ont servi de comparateur aux données de l'étude d'intervention<sup>28</sup>.
- L'équipe émergente Prospère composée de membres de l'Irdes, du Cermes et de la SFMG. Dans le cadre de cette étude de 4 ans, les données de l'OMG vont être rapprochées avec les données du SNIIR-AM afin de permettre de lier les prescriptions avec les diagnostics et d'avoir une complétude de la trajectoire des patients dans le système de soins.

Les données de l'OMG ont également été utilisées dans des projets de recherche menés en partenariat avec l'industrie pharmaceutique, par exemple :

- en 2005, le contexte de prescription des corticoïdes en cure courte,
- en 2006 et 2008, sur les prescriptions de psychotropes,
- depuis 2008, l'éclairage sur un certain nombre de contextes pathologiques dans une série d'articles « regard sur ».

### 3.6.3 Communications orales

Les données de l'OMG ont permis un nombre important de communications dans des congrès<sup>29</sup> et quatre eDRMG<sup>30</sup> contenant les communications au congrès de MG de 2007 à 2010 sont en cours de publications sur le site de la SFMG).

Que ce soit dans les congrès nationaux :

- **Congrès de médecine générale en France** 2007, 2008, 2009 et 2010 où chaque année entre 10 et 20 communications utilisaient des données OMG,
- **Congrès de Pharmaco-épidémiologie** de Paris en 2009
- **Congrès Adelf, Epiter** en 2008, 2009 et 2010 et **Emoi** depuis 1999

ou dans des congrès Européens (Wonca Europe ou European Primary Care Cardiovascular Society) ou Internationaux (Wonca World)

<sup>28</sup> <http://www.Irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

<sup>29</sup> [http://www.sfm.org/publication/les\\_communications\\_orales](http://www.sfm.org/publication/les_communications_orales)

<sup>30</sup> Document de recherche en médecine générale électronique. Publication SFMG



### 3.6.4 L'Observatoire de la Médecine Générale sur le WEB

Depuis 2005, grâce à un projet financé par le FAQSV<sup>31</sup> (OMG AC2A), la SFMG met à disposition de la communauté scientifique et professionnelle des données issues de l'observatoire sur un site web<sup>32</sup>.

Il permet d'avoir accès à des données épidémiologiques sur les phénomènes morbides rencontrés en ville. Les données de l'OMG sont régulièrement reprises dans des études, et dans la formation initiale et continue.

Cet observatoire national a été complété en 2010 par des sites régionaux pour 6 régions (sites encore en test) en partenariat avec les URML.

De ce rapide tour d'horizon, il ressort que les données de l'OMG :

- ont servi à communiquer dans des congrès de médecine générale ou de spécialités ou de publier dans des revues tant en France qu'à l'étranger,
- ont permis d'étudier différentes parties de l'activité des médecins généralistes, que ce soit la prescription de certaines classes médicamenteuses ou en relation avec certaines pathologies, la prévalence de certaines pathologie en médecine générale, les modalités d'exercice (types de consultations, durées des consultations en général ou pour certaines pathologies ou délivrances médicamenteuses) ou encore des comparaisons internationales sur les pratiques ou les pathologies prises en charge en médecine générale.

## 3.7 Les partenaires

Tout au long de son développement la SFMG a pu s'appuyer sur des partenaires scientifiques, méthodologiques techniques et financiers. On peut citer ceux qui nous ont accompagnés depuis plusieurs années :

- L'Irdes
- Le Cermes
- La CNAMTS par plusieurs conventions de recherche et projet FAQSV en 15 ans
- Epiter : association des épidémiologistes de terrain
- Grog : groupe régionaux d'observation de la grippe
- Certaines URML : Bourgogne, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France
- La société Bilog : SSII chargée des développements des outils informatiques
- La société Oracle qui a participé à la mise en place de la première base en 2000-2003
- La société ISC qui est responsable de la partie hardware de la SFMG

<sup>31</sup> Fond d'Amélioration de la Qualité des soins en Ville

<sup>32</sup> <http://omg.sfmfg.org/>



## 3.8 Les évolutions de l'OMG à court et moyen termes tels qu'envisagés par la SFMG

### 3.8.1 L'extension du réseau

La politique de développement du réseau doit être poursuivie et amplifiée. Notamment en travaillant sur le nombre de logiciels labellisés, la communication faite aux MG sur l'intérêt d'un tel réseau, la formation des médecins et l'accompagnement des médecins investigateurs (animation du réseau, retour investigateurs, etc.).

L'objectif de 1200 médecins actifs et qualifiés est un objectif nécessaire et raisonnable ; il permettra de répondre à la plus grande partie des objectifs de ce dispositif.

### 3.8.2 L'évolution vers une cohorte

De nombreuses études ont besoin de connaître le devenir de l'ensemble des patients. Le recueil actuel ne permet pas de qualifier les patients « perdus de vue » c'est-à-dire que le médecin n'a pas vu pendant un certain temps : patient décédé, patient ayant déménagé, patient ayant changé de médecin, patient n'ayant pas eu besoin de consulter pendant plusieurs années. Parfois le médecin connaît l'information mais ne l'a pas recueillie dans son dossier, parfois il ne connaît pas l'information.

Il est donc nécessaire d'améliorer l'attrition des patients autour du lien patient-médecin traitant en :

- Améliorant la qualité du recueil par la sensibilisation des médecins du réseau
- Par apport de données extérieures :
  - Signature du contrat médecin traitant (SNIIRAM)
  - Les décès (Cépidécès)

### 3.8.3 Le développement des travaux sur la pharmacologie

L'observatoire de la médecine générale permet d'ore et déjà d'analyser les situations de prescription dans leur complexité : polyprescription, terrains des patients (notamment prescription dans le 4<sup>ème</sup> age).

Le développement de l'observatoire doit permettre de renforcer la production de connaissances :

- En pharmaco épidémiologie
- En pharmaco vigilance
- Sur la iatrogénie

### 3.8.4 Le retour d'informations vers le médecin

Un des freins à l'amélioration de la qualité du recueil est l'insuffisance de retour d'informations vers les médecins du réseau.

Ce retour d'informations a plusieurs intérêts :

- C'est une information qui permet au médecin d'améliorer sa pratique de recueil pour pouvoir bénéficier d'indicateurs valides (les données non recueillies, ou recueillies de manière inappropriée par rapport au cahier des charges, n'étant pas analysables).
- Ce sont des informations qui permettent aux médecins d'être producteur de ses propres indicateurs et de mieux comprendre ses besoins dans son exercice



professionnel ou pour sa formation

- C'est une plus value pour le médecin qui a des informations sur sa pratique et une comparaison par rapport au groupe

Aujourd'hui le médecin du réseau peut comparer à celle des autres médecins du réseau.

### 3.8.5 Régionalisation des données

La politique de régionalisation des données menée avec les acteurs locaux (URML, ARS) doit être poursuivie.

## 3.9 Le financement de l'OMG

L'OMG a été porté depuis 15 ans la SFMG. Son financement est assuré par différentes sources dont l'importance a varié au cours des années :

- Les études : la SFMG a depuis 1993 réalisé des travaux qui ont permis de financer, souvent partiellement, le dispositif : Validation du Dictionnaire, convention avec la CNAMTS 1993-1995, projet FAQSV ORPA 2001, Projet FAQSV OMG-ACCA 2003-2005, Conventions de partenariat en 2010. Les partenaires ont été multiples :
  - Les partenaires publics ou parapublics : CNAMTS, Inserm, Irdes, Dress, DGS, URML, ...
  - Union européenne (projet internationaux)
  - L'industrie pharmaceutique : études sur le médicament destinées à la formation médicale.
- Les fonds propres de la SFMG : depuis 20 ans la SFMG a investi la grande majorité des fonds disponibles issue de ses autres activités dans l'OMG.
- Surtout le travail bénévole des membres de la SFMG a permis de poursuivre l'expérimentation jusqu'à ce jour.

Les dépenses sont principalement liées aux charges salariales, aux honoraires des médecins, aux charges liées aux locaux et à l'informatique. Les médecins du réseau ne sont pas rémunérés.

Depuis plusieurs années, le chiffre d'affaire de l'OMG tourne autour de 600 000 euros par an hors bénévolat. On peut estimer que le montant nécessaire à un fonctionnement optimal dans le modèle développé par la SFMG serait entre 800 000 et 1 million d'euros dans sa forme actuelle, permettant de répondre aux besoins de développement notamment avec une équipe de salariés plus conséquente.

Le chiffrage budgétaire du nouvel observatoire n'est pas encore réalisé mais un budget de 1.5 à 2 millions semble une base raisonnable.



## 4 LA GOUVERNANCE

Actuellement la gouvernance de l'OMG est assurée par la SFMG. La construction d'un nouvel observatoire porté par le collège et en association avec des structures hors de la médecine générale rend nécessaire de mettre en place une gouvernance. Les contours sont à définir et rien n'est encore écrit. Un groupe de réflexion existe depuis un an pour la mise en place d'un nouvel observatoire.

### 4.1 Le groupe de travail

Depuis un an un groupe de travail est mis en place pour réfléchir à l'évolution de l'Observatoire. Il a été constitué autour des partenaires « historiques » de la SFMG autour de l'OMG :

- L'Irdes
- Le Cermes
- Open Rom
- La CNAMTS (direction des études)
- L'Unité de pharmacologie de l'Université de Bordeaux

Des discussions sont en cours pour la participation d'unité Inserm travaillant sur les cohortes (UVSQ).

### 4.2 Les principes de gouvernance (à développer par le groupe de travail)

La participation pleine et entière des médecins investigateurs à un tel dispositif est liée à la transparence quant à l'utilisation des données qu'ils recueillent. La SFMG est actuellement garante pour les médecins de cette transparence. Dans un dispositif où la SFMG n'est plus seule à porter le dispositif, il est important qu'un rôle de représentation des médecins investigateurs soit maintenu et la SFMG propose de l'assumer.

La place de l'industrie pharmaceutique dans le monde de la santé en France, ses relations avec les médecins généralistes et le regard que portent les médecins généralistes sur l'industrie pharmaceutique ne nous permettent pas d'envisager que des laboratoires pharmaceutiques ou leurs représentants soient partenaires dans la gouvernance de l'Observatoire.

### 4.3 La forme juridique

Doit être étudié dans la première année

### 4.4 La gouvernance opérationnelle

C'est une équipe restreinte chargée de la mise en œuvre du dispositif :



- Recrutement des investigateurs et animation du réseau des investigateurs (notamment par le retour d'information vers les investigateurs)
- Traitement de la chaîne d'information du logiciel du médecin à la base d'exploitation
- La gestion des différentes bases de données (exploitation, publication, datamarts) notamment dans la qualification et l'architecture des bases ;
- La publication des données sur le Web : sites national et régionaux
- Mise en œuvre des préconisations de la gouvernance scientifique et du conseil scientifique

Il est nécessaire de mettre en place une gouvernance opérationnelle resserrée et efficace. Elle doit s'appuyer sur les partenaires actuels de l'OMG et sur le groupe de travail mis en place dans le cadre de son évolution.

#### 4.5 La gouvernance scientifique

Une gouvernance scientifique doit permettre de travailler concrètement avec les structures scientifiques les plus impliquées par les études et les développements prévus afin d'orienter les travaux de l'observatoire.

L'objectif de la gouvernance est de donner un accord sur les études et recherches développées sur la base en hiérarchisant les demandes.

Elle proposera aussi les évolutions de la base et du modèle de données en rapport avec les études à réaliser.

Elle proposera des solutions pour répondre au besoin de limiter les données manquantes ou incomplètes.

Elle définira les modalités de mise à disposition des datamarts pour la réalisation des études et les modalités de partages des résultats scientifiques des équipes de recherches par la communauté scientifique.

Elle doit proposer des modalités de contreexpertise sur les projets de recherche.

#### 4.6 Le conseil scientifique

Un conseil scientifique plus large, donnant une à deux fois par an les grandes orientations pour l'évolution du dispositif et regroupant l'ensemble des groupes intéressés par un tel observatoire :

- Des structures professionnelles : collège de la médecine générale, Union régionale des professionnels de santé, le collège des enseignants en médecine générale.
- Des unités Inserm travaillant sur les soins de premiers recours ou l'organisation du système de santé
- Des agences d'état ; HAS, AFSSAPS, InVS, DGS, Ministère de la santé
- Des assureurs CNAM, MSA, Mutualité Française ...
- Le LEM
- ...

## 5 CALENDRIER ET FINANCEMENT

Aujourd'hui le dispositif est porté par la SFMG. Elle ne peut plus aujourd'hui porter ce dispositif. Il faut un nouveau dispositif qui permettra d'assurer le financement du dispositif dans les premières années en attendant l'auto financement, partiel ou total, par les utilisateurs.

### 5.1 La période de mutation

Les trois phases décrites ci-dessous peuvent se chevaucher dans leur timing

#### 5.1.1 *Première phase : organisation*

La première phase de travail sera de mettre en place le dispositif général :

- Forme juridique,
- Nom du nouveau dispositif
- gouvernance scientifique,
- conseil scientifique.

La durée de cette phase peut être relativement courte (1 an ?). Elle devra définir le rôle des partenaires et les modalités de prise de décisions.

La propriété intellectuelle des outils mise en place devra être définie.

#### 5.1.2 *Deuxième phase : Mise en place du dispositif technique*

Cette phase se fera progressivement en commençant par les maillons les plus faibles du dispositif : les logiciels médicaux et extracteurs ; l'animation du réseau ; accessibilité aux données des porteurs de projets.

L'objectif est de transférer en un an l'ensemble du dispositif dans une configuration définitive.

#### 5.1.3 *Troisième phase : développement de l'Observatoire*

Mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation des objectifs à court et moyen termes définis ensemble.

### 5.2 La pérennité du financement

L'objectif est de monter un dispositif dont le financement soit assuré par les utilisateurs :

- Les acteurs publics (université, Inserm, ...) à un tarif permettant le développement de la recherche sur les soins primaires
- Réponses aux besoins d'indicateurs des pouvoirs publics
- Etudes européennes
- Analyse de l'utilisation des médicaments pour répondre aux besoins de l'industrie dans le cadre du suivi des autorisations de mise sur le marché



Le modèle du GPRD britannique ou hollandais (Nivell) pourrait servir de références (dans ses points forts et ses points faibles) pour la mise en place du dispositif.

### **5.3 Période de transition**

Pendant cette première phase le dispositif actuel restera opérationnel pour favoriser l'adhésion des médecins et éviter une rupture.