

UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE
PARIS VI

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie

Année 2014

N°2014PA06G053

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Melle FERRY Magali

Née le 07.05.1985 à Massy (Essonne)

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2014 à Saint-Antoine (Paris).

Pertinence médicale (qualité des soins) et pertinence pratique (faisabilité) de 18 des 29 indicateurs de la rémunération à la performance : revue de la littérature et étude comparative entre deux groupes de médecins généralistes.

COMPOSITION DU JURY

DIRECTEUR DE THESE : Docteur SIARY Alain

PRESIDENTE DE THESE : Professeur MAGNIER Anne-Marie

MEMBRES DU JURY : Docteur DE BECO Antoine

Professeur MARTINEZ Luc

Professeur Van Es Philippe

REMERCIEMENTS

A ma famille, qui m'a permis de faire des études de médecine, qui m'a soutenue tout au long de ces années, et qui m'a toujours encouragée.

A mon compagnon, qui m'a supportée durant ces longues études, qui m'a toujours épaulée et qui a toujours compris ma vocation.

A ma belle-famille, qui a contribué à ma réussite.

A mes amis, et surtout à ma plus belle rencontre, le premier jour de P1. Merci d'avoir été ma fidèle amie, toujours présente pour moi depuis 10 ans maintenant...

A mon tuteur, qui m'a donné sa confiance et avec qui j'ai mené de beaux travaux.

A tous mes chefs hospitaliers, avec qui j'ai pris énormément de plaisir à travailler, et qui ont eu la patience de m'élever au rang de Docteur, et de m'apprendre tout ce que je sais aujourd'hui.

A mes maîtres de stage (et leurs associés), formidables, qui m'ont confortée dans ma volonté d'être médecin généraliste et qui m'ont montré que la médecine, la vraie, celle où le patient est l'unique priorité existe bien.

A toi, Alain, qui m'as prise sous ton aile dès le début, et qui m'en apprends tous les jours. Merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur cette thèse.

Au Dr Lahmek pour sa gentillesse, sa disponibilité et son précieux travail statistique.

Au Dr Poissonnet et à son équipe à la CRAMIF pour leurs précieuses informations.

A tous les médecins généralistes pour leur participation et leur réponse volontaire à mon questionnaire, et à la SFTG pour sa participation, son partenariat et ses encouragements.

A la Présidente de thèse et aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'être présents, et de me consacrer de leur temps si précieux, afin d'écouter mon travail.

Un grand merci à tous ceux que j'ai oubliés, et qui j'espère sont peu nombreux...

LISTE DES PROFESSEURS UNIVERSITAIRES- PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH) DE LA FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE



PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS *UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE*

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ALAMOWITCH Sonia | NEUROLOGIE – Hôpital TENON |
| 2. AMARENCO Gérard | NEURO-UROLOGIE – Hôpital TENON |
| 3. AMSELEM Serge | GENETIQUE / INSERM U.933 – Hôpital TROUSSEAU |
| 4. ANDRE Thierry | SERVICE DU PR DE GRAMONT – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 5. ANTOINE Jean-Marie | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – Hôpital TENON |
| 6. APARTIS Emmanuelle | PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 7. ARLET Guillaume | BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON |
| 8. ARRIVE Lionel | RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 9. ASSOUD Jalal | CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON |
| 10. AUCOUTURIER Pierre | UMR S 893/INSERM – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 11. AUDRY Georges | CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE – Hôpital TROUSSEAU |
| 12. BALLADUR Pierre | CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 13. BAUD Laurent | EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI – Hôpital TENON |
| 14. BAUJAT Bertrand | O.R.L. – Hôpital TENON |
| 15. BAZOT Marc | RADIOLOGIE – Hôpital TENON |
| 16. BEAUGERIE Laurent | GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 17. BEAUSSIER Marc | ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 18. BENIFLA Jean-Louis | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU |
| 19. BENSMAN Albert | NEPHROLOGIE ET DIALYSE – Hôpital TROUSSEAU (Sumombre) |
| 20. BERENBAUM Francis | RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 21. BERNAUDIN J.F. | HISTOLOGIE BIOLOGIE Tumorale – Hôpital TENON |
| 22. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry | NEUROPEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU |
| 23. BOCCARA Franck | CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 24. BOELLE Pierre Yves | INSERM U.707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE |
| 25. BOFFA Jean-Jacques | NEPHROLOGIE ET DIALYSES – Hôpital TENON |
| 26. BONNET Francis | ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital TENON |
| 27. BORDERIE Vincent | Hôpital des 15-20 |
| 28. BOUDGHENE Franck | RADIOLOGIE – Hôpital TENON |
| 29. BREART Gérard | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON |
| 30. BROCHERIOU Isabelle | ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TENON |
| 31. CABANE Jean | MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE |
| 32. CADRANEL Jacques | PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON |

33. CALMUS Yvon CENTRE DE TRANSPL. HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. CAPEAU Jacqueline UMRS 680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
35. CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes URGENCES PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
36. CARBONNE Bruno GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. CARETTE Marie-France RADIOLOGIE – Hôpital TENON
38. CARRAT Fabrice INSERM U 707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
39. CASADEVALL Nicole IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
40. CHABBERT BUFFET Nathalie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
41. CHAZOUILLES Olivier HEPATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
42. CHRISTIN-MAITRE Sophie ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
43. CLEMENT Annick PNEUMOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
44. COHEN Aron CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
45. CONSTANT Isabelle ANESTHESIOLOGIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
46. COPPO Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. COSNES Jacques GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
48. COULOMB Aurore ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES – Hôpital TROUSSEAU
49. CUSSENOT Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
50. DAMSIN Jean Paul ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
51. DE GRAMONT Aimery ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
52. DENOYELLE Françoise ORL ET CHIR. CERVICO-FACIALE – Hôpital TROUSSEAU
53. DEVAUX Jean Yves BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
54. DOUAY Luc HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. DOURSOUNIAN Levon CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
56. DUCOU LE POINTE Hubert RADIOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
57. DUSSAULE Jean Claude PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
58. ELALAMY Ismaïl HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TENON
59. FAUROUX Brigitte UNITE DE PNEUMO. PEDIATRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
60. FERON Jean Marc CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATO. – Hôpital SAINT-ANTOINE
61. FEVE Bruno ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
62. FLEJOU Jean François ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHO.- Hôpital SAINT-ANTOINE
63. FLORENT Christian HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
64. FRANCES Camille DERMATOLOGIE/ALLERGOLOGIE – Hôpital TENON
65. GARBARG CHENON Antoine LABO. DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
66. GIRARD Pierre Marie MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
67. GIRARDET Jean-Philippe GASTROENTEROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
68. GOLD Francis NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
69. GORIN Norbert HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)

70. GRATEAU Gilles MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
71. GRIMPREL Emmanuel PEDIATRIE GENERALE – Hôpital TROUSSEAU
72. GRUNENWALD Dominique CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
73. GUIDET Bertrand REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
74. HAAB François UROLOGIE – Hôpital TENON
75. HAYMANN Jean Philippe EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TENON
76. HENNEQUIN Christophe PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
77. HERTIG Alexandre NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
78. HOURY Sidney CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON
79. HOUSSET Chantal UMRS 938 et IFR 65 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
80. JOUANNIC Jean-Marie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
81. JUST Jocelyne CTRE DE L'ASTHME ET DES ALLERGIES – Hôpital TROUSSEAU
82. LACAINÉ François CHIR. DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON (Surnombre)
83. LACAU SAINT GIULY Jean ORL – Hôpital TENON
84. LACAVE Roger HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
85. LANDMAN-PARKER Judith HEMATOLOGIE ET ONCO. PED. – Hôpital TROUSSEAU
86. LAPILLONNE Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
87. LAROCHE Laurent OPHTALMOLOGIE – CHNO des 15/20
88. LE BOUC Yves EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
89. LEGRAND Ollivier POLE CANCEROLOGIE – HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
90. LEVERGER Guy HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
91. LEVY Richard NEUROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
92. LIENHART André ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
93. LOTZ Jean Pierre ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital TENON
94. MARIE Jean Pierre DPT D'HEMATO. ET D'ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
95. MARSAULT Claude RADIOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
96. MASLIAH Jöelle POLE DE BIOLOGIE/IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
97. MAURY Eric REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
98. MAYAUD Marie Yves PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
99. MENU Yves RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
100. MEYER Bernard ORL ET CHIR. CERVICO-FACIALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
101. MEYOHAS Marie Caroline MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital SAINT-ANTOINE
102. MITANCHEZ Delphine NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
103. MOHTI Mohamad DPT D'HEMATO. ET D'ONCO. MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
104. MONTRAVERS Françoise BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital TENON
105. MURAT Isabelle ANESTHESIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
106. NETCHINE Irène EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU

107. OFFENSTADT Georges REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
108. PAQUES Michel OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
109. PARC Yann CHIRURGIE DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
110. PATERON Dominique ACCUEIL DES URGENCES – Hôpital SAINT-ANTOINE
111. PAYE François CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
112. PERETTI Charles Siegfried PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
113. PERIE Sophie ORL – Hôpital TENON
114. PETIT Jean-Claude BACTERIOLOGIE VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
115. PIALOUX Gilles MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital TENON
116. PICARD Arnaud CHIRURGIE. MAXILLO-FACIALE ET STOMATO. – Hôpital TROUSSEAU
117. POIROT Catherine HISTOLOGIE A ORIENTATION BIO. DE LA REPRO. – Hôpital TENON
118. RENOLLEAU Sylvain REANIMATION NEONATALE ET PED. – Hôpital TROUSSEAU
119. ROBAIN Gilberte REEDUCATION FONCTIONNELLE – Hôpital ROTHSCCHILD
120. RODRIGUEZ Diana NEUROPEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
121. RONCO Pierre Marie UNITE INSERM 702 – Hôpital TENON
122. RONDEAU Eric URGENCES NEPHROLOGIQUES – Hôpital TENON
123. ROSMORDUC Olivier HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
124. ROUGER Philippe Institut National de Transfusion Sanguine
125. SAHEL José Alain OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
126. SAUTET Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
127. SCATTON Olivier CHIR. HEPATO-BILIAIRE ET TRANSPLANTATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
128. SEBE Philippe UROLOGIE – Hôpital TENON
129. SEKSIK Philippe GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
130. SIFFROI Jean Pierre GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES – Hôpital TROUSSEAU
131. SIMON Tabassome PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
132. SOUBRANE Olivier CHIRURGIE HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
133. STANKOFF Bruno NEUROLOGIE – Hôpital TENON
134. THOMAS Guy PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
135. THOUMIE Philippe REEDUCATION NEURO-ORTHOPEDIQUE – Hôpital ROTHSCCHILD
136. TIRET Emmanuel CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
137. TOUBOUL Emmanuel RADIOETHERAPIE – Hôpital TENON
138. TOUNIAN Patrick GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital TROUSSEAU
139. TRAXER Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
140. TRUGNAN Germain INSERM UMR-S 538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
141. ULINSKI Tim NEPHROLOGIE/DIALYSES – Hôpital TROUSSEAU
142. VALLERON Alain Jacques UNITE DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
143. VIALLE Raphaël ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU

144. WENDUM Dominique ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
145. WISLEZ Marie PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE

1.	ACAR Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
2.	AGUT Henri	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
3.	ALLILAIRE Jean-François	PSYCHIATRIE ADULTES
4.	AMOUR Julien	ANESTHESIE REANIMATION
5.	AMOURA Zahir	MEDECINE INTERNE
6.	ANDREELLI Fabrizio	MEDECINE DIABETIQUE
7.	ARNULF Isabelle	PATHOLOGIES DU SOMMEIL
8.	ASTAGNEAU Pascal	EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
9.	AURENGO André	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
10.	AUTRAN Brigitte	IMMUNOLOGIE ET BIOLOGIE CELLULAIRE
11.	BARROU Benoît	UROLOGIE
12.	BASDEVANT Arnaud	NUTRITION
13.	BAULAC Michel	ANATOMIE
14.	BAUMELOU Alain	NEPHROLOGIE
15.	BELMIN Joël	MEDECINE INTERNE/GERIATRIE Ivry
16.	BENHAMOU Albert	CHIRURGIE VASCULAIRE Surnombre
17.	BENVENISTE Olivier	MEDECINE INTERNE
18.	BITKER Marc Olivier	UROLOGIE
19.	BODAGHI Bahram	OPHTALMOLOGIE
20.	BODDAERT Jacques	MEDECINE INTERNE/GERIATRIE
21.	BOURGEOIS Pierre	RHUMATOLOGIE
22.	BRICAIRE François	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
23.	BRICE Alexis	GENETIQUE/HISTOLOGIE
24.	BRUCKERT Eric	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
25.	CACOUR Patrice	MEDECINE INTERNE
26.	CALVEZ Vincent	VIROLOGIE
27.	CAPRON Frédérique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
28.	CARPENTIER Alexandre	NEUROCHIRURGIE
29.	CATALA Martin	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
30.	CATONNE Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
31.	CAUMES Eric	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
32.	CESSSELIN François	BIOCHIMIE

33.	CHAMBAZ Jean	INSERM U505/UMRS 872
34.	CHARTIER-KASTLER Emmanuel	UROLOGIE
35.	CHASTRE Jean	REANIMATION MEDICALE
36.	CHERIN Patrick	CLINIQUE MEDICALE
37.	CHICHE Laurent	CHIRURGIE VASCULAIRE
38.	CHIRAS Jacques	NEURORADIOLOGIE
39.	CLEMENT-LAUSCH Karine	NUTRITION
40.	CLUZEL Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II
41.	COHEN David	PEDOPSYCHIATRIE
42.	COHEN Laurent	NEUROLOGIE
43.	COLLET Jean-Philippe	CARDIOLOGIE
44.	COMBES Alain	REANIMATION MEDICALE
45.	CORIAT Pierre	ANESTHESIE REANIMATION
46.	CORNU Philippe	NEUROCHIRURGIE
47.	COSTEDOAT Nathalie	MEDECINE INTERNE
48.	COURAUD François	INSTITUT BIOLOGIE INTEGRATIVE
49.	DAUTZENBERG Bertrand	PHYSIO-PATHOLOGIE RESPIRATOIRE
50.	DAVI Frédéric	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
51.	DEBRE Patrice	IMMUNOLOGIE
52.	DELATTRE Jean-Yves	NEUROLOGIE (<i>Fédération Mazarin</i>)
53.	DERAY Gilbert	NEPHROLOGIE
54.	DOMMERGUES Marc	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
55.	DORMONT Didier	NEURORADIOLOGIE
56.	DUYCKAERTS Charles	NEUROPATHOLOGIE
57.	EYMARD Bruno	NEUROLOGIE
58.	FAUTREL Bruno	RHUMATOLOGIE
59.	FERRE Pascal	IMAGERIE PARAMETRIQUE
60.	FONTAINE Bertrand	NEUROLOGIE
61.	FOSSATI Philippe	PSYCHIATRIE ADULTE
62.	FOURET Pierre	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
63.	FOURNIER Emmanuel	PHYSIOLOGIE
64.	FUNCK BRENTANO Christian	PHARMACOLOGIE
65.	GIRERD Xavier	THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
66.	GOROCHOV Guy	IMMUNOLOGIE
67.	GOUDOT Patrick	STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
68.	GRENIER Philippe	RADIOLOGIE CENTRALE
69.	HAERTIG Alain	UROLOGIE <i>Surnombre</i>
70.	HANNOUN Laurent	CHIRURGIE GENERALE
71.	HARTEMANN Agnès	MEDECINE DIABETIQUE

72.	HATEM Stéphane	UMRS 956
73.	HELFT Gérard	CARDIOLOGIE
74.	HERSON Serge	MEDECINE INTERNE
75.	HOANG XUAN Khê	NEUROLOGIE
76.	ISNARD Richard	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
77.	ISNARD-BAGNIS Corinne	NEPHROLOGIE
78.	JARLIER Vincent	BACTERIOLOGIE HYGIENE
79.	JOUVENT Roland	PSYCHIATRIE ADULTES
80.	KARAOUI Mehdi	CHIRURGIE DIGESTIVE
81.	KATLAMA Christine	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
82.	KHAYAT David	ONCOLOGIE MEDICALE
83.	KIRSCH Matthias	CHIRURGIE THORACIQUE
84.	KLATZMANN David	IMMUNOLOGIE
85.	KOMAJDA Michel	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
86.	KOSKAS Fabien	CHIRURGIE VASCULAIRE
87.	LAMAS Georges	ORL
88.	LANGERON Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
89.	LAZENNEC Jean-Yves	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
90.	LE FEUVRE Claude	CARDIOLOGIE
91.	LE GUERN Eric	INSERM 679
92.	LEBLOND Véronique	HEMATOLOGIE CLINIQUE
93.	LEENHARDT Laurence	MEDECINE NUCLEAIRE
94.	LEFRANC Jean-Pierre	CHIRURGIE GENERALE
95.	LEHERICY Stéphane	NEURORADIOLOGIE
96.	LEMOINE François	BIOETHERAPIE
97.	LEPRINCE Pascal	CHIRURGIE THORACIQUE
98.	LUBETZKI Catherine	NEUROLOGIE
99.	LUCIDARME Olivier	RADIOLOGIE CENTRALE
100.	LUYT Charles	REANIMATION MEDICALE
101.	LYON-CAEN Olivier	NEUROLOGIE Surnombre
102.	MALLET Alain	BIOSTATISTIQUES
103.	MARIANI Jean	BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
104.	MAZERON Jean-Jacques	RADIOTHERAPIE
105.	MAZIER Dominique	INSERM 511
106.	MEININGER Vincent	NEUROLOGIE (Fédération Mazarin) Surnombre
107.	MENEGAUX Fabrice	CHIRURGIE GENERALE
108.	MERLE-BERAL Hélène	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE Surnombre
109.	MICHEL Pierre Louis	CARDIOLOGIE
110.	MONTALESCOT Gilles	CARDIOLOGIE

111.	NACCACHE Lionel	PHYSIOLOGIE
112.	NAVARRO Vincent	NEUROLOGIE
113.	NGUYEN-KHAC Florence	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
114.	OPPERT Jean-Michel	NUTRITION
115.	PASCAL-MOUSSELARD Hugues	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
116.	PAVIE Alain	CHIR. THORACIQUE ET CARDIO-VASC. Surnombre
117.	PELISSOLO Antoine	PSYCHIATRIE ADULTE
118.	PIERROT-DESEILLIGNY Charles	NEUROLOGIE
119.	PIETTE François	MEDECINE INTERNE Ivry
120.	POYNARD Thierry	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
121.	PUYBASSET Louis	ANESTHESIE REANIMATION
122.	RATIU Vlad	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
123.	RIOU Bruno	ANESTHESIE REANIMATION
124.	ROBAIN Gilberte	REEDUCATION FONCTIONNELLE Ivry
125.	ROBERT Jérôme	BACTERIOLOGIE
126.	ROUBY Jean-Jacques	ANESTHESIE REANIMATION Surnombre
127.	SAMSON Yves	NEUROLOGIE
128.	SANSON Marc	ANATOMIE/NEUROLOGIE
129.	SEILHEAN Danielle	NEUROPATHOLOGIE
130.	SIMILOWSKI Thomas	PNEUMOLOGIE
131.	SOUBRIER Florent	GENETIQUE/HISTOLOGIE
132.	SPANO Jean-Philippe	ONCOLOGIE MEDICALE
133.	STRAUS Christian	EXPLORATION FONCTIONNELLE
134.	TANKERE Frédéric	ORL
135.	THOMAS Daniel	CARDIOLOGIE
136.	TOURAIN Philippe	ENDOCRINOLOGIE
137.	TRESALLET Christophe	CHIR. GENERALE ET DIGEST./MED. DE LA REPRODUCTION
138.	VAILLANT Jean-Christophe	CHIRURGIE GENERALE
139.	VERNANT Jean-Paul	HEMATOLOGIE CLINIQUE Surnombre
140.	VERNY Marc	MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)
141.	VIDAILHET Marie-José	NEUROLOGIE
142.	VOIT Thomas	PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
143.	ZELTER Marc	PHYSIOLOGIE

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES

UNIVERSITAIRES-PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

DE LA FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE



MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS *UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE*

1. ABUAF Nisen	HÉMATOLOGIE/IMMUNOLOGIE - Hôpital TENON
2. AIT OUFELLA Hafid	RÉANIMATION MÉDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
3. AMIEL Corinne	VIROLOGIE –Hôpital TENON
4. BARBU Véronique	INSERM U.680 - Faculté de Médecine P. & M. CURIE
5. BERTHOLON J.F.	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital SAINT-ANTOINE
6. BILHOU-NABERA Chrystèle	GÉNÉTIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. BIOUR Michel	PHARMACOLOGIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
8. BOISSAN Matthieu	BIOLOGIE CELLULAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. BOULE Michèle	PÔLES INVESTIGATIONS BIOCLINIQUES – Hôpital TROUSSEAU
10. CERVERA Pascale	ANATOMIE PATHOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. CONTI-MOLLO Filomena	Hôpital SAINT-ANTOINE
12. COTE François	Hôpital TENON
13. DECRE Dominique	BACTÉRIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
14. DELHOMMEAU François	HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
15. DEVELOUX Michel	PARASITOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
16. ESCUDIER Estelle	DEPARTEMENT DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
17. FAJAC-CALVET Anne	HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
18. FARDET Laurence	MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
19. FERRERI Florian	PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
20. FLEURY Jocelyne	HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
21. FOIX L'HELIAS Laurence	Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
22. FRANCOIS Thierry	PNEUMOLOGIE ET REANIMATION – Hôpital TENON
23. GARCON Loïc	HÉPATO GASTRO-ENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. GARDERET Laurent	HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
25. GAURA SCHMIDT Véronique	BIOPHYSIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
26. GEROTZIAFAS Grigorios	HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital TENON
27. GONZALES Marie	GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU

28. GOZLAN Joël	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
29. GUEGAN BART Sarah	DERMATOLOGIE – Hôpital TENON
30. GUITARD Juliette	PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
31. HENNO Priscilla	PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. JERU Isabelle	SERVICE DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
33. JOHANET Catherine	IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. JOSSET Patrice	ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
35. JOYE Nicole	GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
36. KIFFEL Thierry	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. LACOMBE Karine	MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
38. LAMAZIERE Antonin	POLE DE BIOLOGIE – IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
39. LASCOLS Olivier	INSERM U.680 – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
40. LEFEVRE Jérémie	CHIRURGIE GENERALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
41. LESCOT Thomas	ANESTHESIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
42. LETAVERNIER Emmanuel	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI. – Hôpital TENON
43. MAUREL Gérard	BIOPHYSIQUE /MED. NUCLEAIRE – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
44. MAURIN Nicole	HISTOLOGIE – Hôpital TENON
45. MOHAND-SAID Saddek	OPHTALMOLOGIE – Hôpital des 15-20
46. MORAND Laurence	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. PARISSET Claude	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
48. PETIT Arnaud	Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
49. PLAISIER Emmanuelle	NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
50. POIRIER Jean-Marie	PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
51. RAINTEAU Dominique	INSERM U.538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
52. SAKR Rita	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON (Stagiaire)
53. SCHNURIGERN Aurélie	LABORATOIRE DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
54. SELLAM Jérémie	RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. SEROUSSI FREDEAU Brigitte	DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital TENON
56. SOKOL Harry	HEPATO/GASTRO – Hôpital SAINT-ANTOINE
57. SOUSSAN Patrick	VIROLOGIE – Hôpital TENON
58. STEICHEN Olivier	MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
59. SVRCEK Magali	ANATOMIE ET CYTO. PATHOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
60. TANKOVIC Jacques	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE

- | | |
|-----------------------------|--|
| 61. THOMAS Ginette | BIOCHIMIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE |
| 62. THOMASSIN Isabelle | RADIOLOGIE – Hôpital TENON |
| 63. VAYLET Claire | MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital TROUSSEAU |
| 64. VIGOUROUX Corinne | INSERM U.680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE |
| 65. VIMONT-BILLARANT Sophie | BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON |
| 66. WEISSENBURGER Jacques | PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE |

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE

1. ANKRI Annick	HÉMATOLOGIE BIOLOGIQUE
2. AUBRY Alexandra	BACTERIOLOGIE
3. BACHELOT Anne	ENDOCRINOLOGIE
4. BELLANNE-CHANTELOT Christine	GÉNÉTIQUE
5. BELLOCQ Agnès	PHYSIOLOGIE
6. BENOLIEL Jean-Jacques	BIOCHIMIE A
7. BENSIMON Gilbert	PHARMACOLOGIE
8. BERLIN Ivan	PHARMACOLOGIE
9. BERTOLUS Chloé	STOMATOLOGIE
10. BOUTOLLEAU David	VIROLOGIE
11. BUFFET Pierre	PARASITOLOGIE
12. CARCELAIN-BEBIN Guislaine	IMMUNOLOGIE
13. CARRIE Alain	BIOCHIMIE ENDOCRINIENNE
14. CHAPIRO Élise	HÉMATOLOGIE
15. CHARBIT Beny	PHARMACOLOGIE
16. CHARLOTTE Frédéric	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
17. CHARRON Philippe	GÉNÉTIQUE
18. CLARENCON Frédéric	NEURORADIOLOGIE
19. COMPERAT Eva	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
20. CORVOL Jean-Christophe	PHARMACOLOGIE
21. COULET Florence	GÉNÉTIQUE
22. COUVERT Philippe	GÉNÉTIQUE
23. DANZIGER Nicolas	PHYSIOLOGIE
24. DATRY Annick	PARASITOLOGIE
25. DEMOULE Alexandre	PNEUMOLOGIE
26. DUPONT-DUFRESNE Sophie	ANATOMIE/NEUROLOGIE
27. FOLLEZOU Jean-Yves	RADIOTHÉRAPIE
28. GALANAUD Damien	NEURORADIOLOGIE
29. GAY Frédéric	PARASITOLOGIE
30. GAYMARD Bertrand	PHYSIOLOGIE
31. GIRAL Philippe	ENDOCRINOLOGIE/MÉTABOLISME

32. GOLMARD Jean-Louis	BIostatISTIQUES
33. GOSSEC Laure	RHUMATOLOGIE
34. GUIHOT THEVENIN Amélie	IMMUNOLOGIE
35. HABERT Marie-Odile	BIOPHYSIQUE
36. HALLEY DES FONTAINES Virginie	SANTÉ PUBLIQUE
37. HUBERFELD Gilles	EPILEPSIE - CORTEX
38. KAHN Jean-François	PHYSIOLOGIE
39. KARACHI AGID Carine	NEUROCHIRURGIE
40. LACOMBLEZ Lucette	PHARMACOLOGIE
41. LACORTE Jean-Marc	UMRS 939
42. LAURENT Claudine	PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT/ADOLESCENT
43. LE BIHAN Johanne	INSERM U 505
44. MAKSDUD Philippe	BIOPHYSIQUE
45. MARCELIN-HELIOT Anne Geneviève	VIROLOGIE
46. MAZIERES Léonore	RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
47. MOCHEL Fanny	GÉNÉTIQUE / HISTOLOGIE (stagiaire)
48. MORICE Vincent	BIostatISTIQUES
49. MOZER Pierre	UROLOGIE
50. NGUYEN-QUOC Stéphanie	HEMATOLOGIE CLINIQUE
51. NIZARD Jacky	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
52. PIDOUX Bernard	PHYSIOLOGIE
53. POITOU BERNERT Christine	NUTRITION
54. RAUX Mathieu	ANESTHESIE (stagiaire)
55. ROSENHEIM Michel	EPIDEMIOLOGIE/SANTÉ PUBLIQUE
56. ROSENZWAJG Michelle	IMMUNOLOGIE
57. ROUSSEAU Géraldine	CHIRURGIE GÉNÉRALE
58. SAADOUN David	MÉDECINE INTERNE (stagiaire)
59. SILVAIN Johanne	CARDIOLOGIE
60. SIMON Dominique	ENDOCRINOLOGIE/BIostatISTIQUES
61. SOUGAKOFF Wladimir	BACTÉRIOLOGIE
62. TEZENAS DU MONTCEL Sophie	BIostatISTIQUES et INFORMATIQUE MÉDICALE
63. THELLIER Marc	PARASITOLOGIE
64. TISSIER-RIBLE Frédérique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
65. WAROT Dominique	PHARMACOLOGIE

LISTE DES ENSEIGNANTS DU DEPARTEMENT DE

MEDECINE GENERALE DE SAINT-ANTOINE

Dr Julie CHASTANG : chef de clinique de médecine générale

Pr Philippe CORNET : Professeur associé de médecine générale, directeur du département

Dr Nicolas HOMMEY : Maître de conférences associé de médecine générale.

Dr Gladys IBANEZ : Maître de conférences universitaire de médecine générale

Pr Jean LAFORTUNE : Professeur associé de médecine générale, directeur adjoint du département.

Dr Gilles LAZIMI : Maître de conférences associé de médecine générale

Pr Anne-Marie MAGNIER : Professeur universitaire de médecine générale, coordonnatrice du département

Pr Luc MARTINEZ : Professeur associé de médecine générale

Dr Sarah ROBERT : chef de clinique de médecine générale

Dr Claire RONDET : chef de clinique de médecine générale

Dr Dominique TIRMARCHE : Maître de conférences associé de médecine générale

LISTE DES ABREVIATIONS

AC : AntiCoagulant

ALD : Affection Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de la Santé

ATCD : Antécédents

BMA : British Medical Association

BZD : Benzodiazépines

CAPi : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

CV : CardioVasculaire

DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer-Territoires d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DT2 : Diabétique de Type 2

FDRCV : Facteurs De Risque CardioVasculaire

FMC : Formation Médicale Continue

FO : Fond d'Oeil

GP : General Practitioner

HAS : Haute Autorité de Santé

HEDIS : Health Emergency and Diseases Information System

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

JO : Journal Officiel

K : Cancer

LDL : Low Density Lipoprotein

MG France : syndicat des Médecins Généralistes de France

mmHg : Millimètre de mercure

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

NHS : National Health Service

OH : Alcool

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OR : Odds Ratio

PA : Pression Artérielle

PTS : Points

QOF : Quality and Outcomes Framework

RCV : Risque CardioVasculaire

Reco : Recommandations

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SMR : Service Médical Rendu

UNCAM : Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	25
1) Contexte	25
a) Historique	25
b) Naissance de la rémunération à la performance	27
c) Les indicateurs	29
d) Mode de calcul de la rémunération.....	33
e) La rémunération à la performance dans les autres pays	37
2) Problématique.....	40
3) Objectifs de l'étude	41
MATERIEL ET METHODE	42
1) Revue de la littérature	42
a) Bases bibliographiques	42
b) Mots clés.....	42
c) Recueil de données	43
2) Questionnaire	45
a) Type d'étude	45
b) Population étudiée	45
c) Rédaction du questionnaire	46
d) Recueil de données	47

e) Analyse statistique.....	48
3) Critères de jugement.....	49
RESULTATS	50
1) Revue de la littérature	50
a) Pertinence médicale.....	50
b) Pertinence pratique	60
2) Questionnaire	67
a) Résultats démographiques.....	67
b) Pertinence médicale.....	69
c) Pertinence pratique	74
d) Pertinences médicale et pratique confondues.....	79
e) Pertinence des seuils.....	81
DISCUSSION	83
1) Discussion de la méthode.....	83
a) Points forts.....	83
b) Points faibles.....	84
2) Discussion des résultats.....	86
a) Pertinence médicale : littérature versus avis des médecins généralistes	86
b) Pertinence pratique : littérature versus avis des médecins généralistes.....	89
c) Pertinence globale.....	92
d) Pertinence des seuils.....	93

e) Regard global sur les indicateurs	95
CONCLUSION	98
BIBLIOGRAPHIE	100
ANNEXES	114
1) Lettre d'accompagnement de l'étude pilote	114
2) Questionnaire initial	115
3) Lettre d'accompagnement de l'étude finale	119
4) Questionnaire final	121
5) Mail initial aux médecins de la SFTG.....	123
6) Mail de relance	123
7) Résultats démographiques.....	124
8) Résultats des médecins généralistes SFTG	125
9) Résultats des médecins généralistes	126
10) Résultats confondus.....	127
11) Forest Plot (agrandissement)	128
12) Commentaires	134
13) Echanges de mail avec la CRAMIF	146

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux :

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs, objectifs cibles et mode de déclaration	33
Tableau 2 : Pertinence médicale des indicateurs de la ROSP dans la littérature	51
Tableau 3 : Opinion des médecins généralistes sur la réalisation des objectifs de la ROSP selon le genre et l'adhésion au CAPI	60
Tableau 4 : Caractéristiques des deux échantillons de médecins généralistes	68
Tableau 5 : Seuils de significativité entre les deux échantillons pour chaque indicateur (pertinence médicale).	73
Tableau 6 : Seuils de significativité entre les deux échantillons pour chaque indicateur (pertinence pratique).	78

Figures :

Figure 1 : Répartition des points pour chaque groupe d'indicateurs.....	34
Figure 2 : Répartition des points pour l'organisation du cabinet médical	34
Figure 3 : Répartition des points pour les indicateurs de suivi des pathologies chroniques	35
Figure 4 : Répartition des points pour les indicateurs de prévention/santé publique.....	36
Figure 5 : Répartition des points pour les indicateurs d'efficience.....	36
Figure 6 : Caractéristiques de la revue de la littérature.....	50
Figure 7 : Résultats par indicateur et en fonction des objectifs cibles à l'échelle Nationale ...	61
Figure 8 : Disparités des pratiques pour le dosage de l'HbA1C et évolution 2011-2012.....	64
Figure 9 : Disparités des pratiques pour la prescription de benzodiazépines chez les plus de 65 ans et évolution 2011-2012	65
Figure 10 : Aperçu des réponses par population de médecins	67
Figure 11 : Réponses de tous les médecins confondus en pourcents	70
Figure 12 : Réponses des médecins de la SFTG en pourcents.....	70

Figure 13 : Réponses des médecins généralistes "non SFTG" en pourcents	71
Figure 14 : Pertinence médicale : réponses positives et type de médecins généralistes	74
Figure 15 : Réponses de tous les médecins généralistes confondus	75
Figure 16 : Réponses des médecins de la SFTG en pourcents.....	75
Figure 17 : Réponses des médecins généralistes "non SFTG" en pourcents	76
Figure 18 : Pertinence pratique : réponses positives et type de médecins généralistes	79
Figure 19 : Questionnaire entier : réponses positives et type de médecins généralistes.....	79
Figure 20 : Indicateurs de suivi des pathologies chroniques : réponses positives et type de médecins généralistes.....	80
Figure 21 : Indicateurs de prévention et de santé publique : réponses positives et type de médecins généralistes.....	80
Figure 22 : Indicateurs d'efficience : réponses positives et type de médecins généralistes.....	80
Figure 23 : Réponses concernant la pertinence des seuils	81

INTRODUCTION

1) Contexte

a) Historique

La rémunération des médecins généralistes a toujours été un enjeu majeur. Pourquoi ? Parce que différents acteurs sont impliqués, et qu'ils doivent tous être satisfaits : les médecins, qui doivent avoir des revenus confortables et à hauteur du travail effectué, les patients, qui doivent avoir la possibilité d'accéder au système de soins et obtenir des soins de qualité, et enfin l'Etat et l'Assurance Maladie, gestionnaires des dépenses, qui doivent s'assurer de la qualité des soins et doivent réguler les dépenses de santé.

Trois grands modes de rémunération existent : le paiement à l'acte, le salariat, et la capitation.

Le paiement à l'acte est un mode de rémunération non forfaitisé, lié uniquement au volume de travail effectué par le praticien, mais qui peut le conduire à augmenter son volume de travail, sa patientèle, ou à réduire le temps de consultation afin de moduler ses revenus.

Le salariat correspond à un mode de rémunération pour un temps de travail donné, indépendamment de la charge de travail ou du nombre d'actes effectués.

Enfin la capitation est un mode de rémunération forfaitisé qui vise à rémunérer le praticien en fonction du type et du nombre de patients inscrits à son cabinet et non en fonction du volume de soins délivrés.

Si certains pays utilisent ces différents modes de rémunération, en France la rémunération des médecins libéraux a toujours principalement été une rémunération à l'acte.

Pour comprendre, il faut remonter dans les années 1928, avec l'énoncé par la Confédération Syndicale des Médecins de France (CSMF) des principes fondamentaux de la médecine libérale, dont celui du paiement à l'acte et de l'entente directe du prix entre le patient et le médecin (les autres étant le libre choix du médecin, le respect du secret professionnel, et la liberté de prescription).

Néanmoins, ce principe a été progressivement remis en question avec l'augmentation du nombre de médecins généralistes et avec la nécessité d'encadrer et de réguler les dépenses.

Cela commence en 1945 avec les premières conventions départementales, et se confirme en 1971 avec la première convention médicale nationale (1971-1975) (1) fixant les montants des honoraires par arrêté ministériel. Cependant, près de dix ans plus tard, un nouvel élan naît en faveur de la liberté de la rémunération des médecins généralistes, et la troisième convention de 1980 (1) ouvre la porte à deux secteurs de conventionnement permettant ainsi aux médecins généralistes qui le souhaitent, de fixer, en secteur 2, leurs honoraires librement. Devant l'engouement majeur pour ce nouveau secteur et l'augmentation des dépenses de santé, un gel du secteur 2 est proclamé lors de la cinquième convention, en 1990 (1), réservant la possibilité d'accéder au secteur 2 aux anciens chefs de clinique installés après le 01.12.1989. Mais la rémunération des médecins généralistes libéraux est restée un problème et leur bataille pour faire valoir leurs droits a continué. Le montant de la consultation a ensuite lentement augmenté, passant de 17.53 euros en 1998 à 20 euros en 2001, 21 euros en 2005 puis 22 euros en 2007 pour atteindre les 23 euros en 2011.

Depuis les années 1990, des efforts sont faits pour diversifier la rémunération des médecins généralistes libéraux et pour revaloriser leur travail. Ainsi la convention de 1990 instaure une consultation revalorisée CALD valant à l'époque 23 euros pour les consultations approfondies annuelles. En 2005 apparaît une rémunération de 40 euros par patient pour les médecins

traitants de patient en ALD. Puis se dessine en 2009 tout doucement le chemin vers la rémunération sur objectifs via le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). C'est donc dans un élan de modernisation, de revalorisation des pratiques médicales et d'ajustement entre dépenses de santé et rémunération des praticiens que se sont formés les nouveaux modes de rémunération.

b) Naissance de la rémunération à la performance

La rémunération à la performance (ou Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : ROSP) est issue de la nouvelle convention médicale (2011-2016) signée entre l'Assurance Maladie et les principaux syndicats de médecins (CSMF, MG France, SML) le 26 juillet 2011. Elle a été approuvée par arrêté le 22 septembre 2011 et publiée au journal officiel le 25 septembre 2011 (2), et est valable pour 5 ans. Elle a pour but, entre autres, de mieux reconnaître la qualité des soins et de valoriser le travail du médecin généraliste, sur des objectifs de santé publique.

Cette nouvelle forme de rémunération, en plus du paiement à l'acte, fait suite au CAPI, son prédécesseur. Le CAPI avait été instauré en 2009, avec adhésion au volontariat, sur la base d'un contrat d'engagement de 3 ans auprès de la CPAM, et prévoyait une rémunération à la performance guidée par 16 indicateurs (d'ailleurs communs aux indicateurs actuels de la ROSP) dont un était déclaratif. Ceux-ci recouvraient le champ de la prévention et du suivi des pathologies chroniques, et le champ de l'optimisation des prescriptions. Les résultats présentés à 2 ans par la commission des comptes de la sécurité sociale (3) étaient satisfaisants, même s'ils restaient modestes. L'élan du CAPI a probablement favorisé une progression des soins qui était déjà en cours. L'adhésion au CAPI est pourtant restée limitée (environ 38%) avec des disparités géographiques (de 15 à 69% selon les départements). Le

CAP1 a été abrogé sur décision du directeur de l'UNCAM le 28.09.2011 et publié au journal officiel le 20.11.2011 (4). Lui a donc succédé la ROSP, étendue à tous les médecins généralistes (seuls les médecins ayant refusé leur adhésion par signification à l'Assurance Maladie ne sont pas concernés). L'engagement est tacite, en l'absence de refus manifesté dans les trois mois suivant la parution au journal officiel, ou dans les trois mois suivant l'installation pour les médecins nouvellement installés. Une fois engagé, il n'est pas permis de sortir du dispositif.

Cette ROSP, adressée particulièrement aux médecins généralistes compte à présent 29 indicateurs (qui seront détaillés ci-dessous) regroupés en thèmes, pour lesquels des points sont attribués et chaque point a la valeur de 7 euros. Le détail du calcul de la rémunération sera également expliqué ultérieurement. Pour pouvoir en bénéficier, les médecins généralistes doivent remplir une fiche déclarative sur le site Améli, concernant l'atteinte des objectifs de 10 indicateurs, les autres sont calculés sur les informations obtenues par les bases de données de l'Assurance Maladie. Ce dispositif a été étendu par le biais de deux avenants aux cardiologues (avenant n° 7 publié au JO le 31.05.2012) (5), pour qui les maîtres-mots restent suivi des pathologies chroniques prévention et efficience, avec également l'organisation du cabinet. Les détails concernant les indicateurs et leurs points sont publiés au JO. Un nouvel avenant (n°10) a été publié à l'attention des gastro-entérologues le 7 juin 2013 (6) montrant une volonté d'élargir petit à petit cette forme de rémunération à l'ensemble des médecins toutes catégories confondues.

Cette démarche s'inscrit, selon la caisse d'assurance maladie, dans une démarche de revalorisation des médecins généralistes depuis plusieurs années, déjà passée par l'instauration d'une rémunération au forfait, par la mise en place de consultations à haute valeur ajoutée, et à présent par la rémunération sur objectifs. Le concept est de choisir des indicateurs recouvrant une bonne partie du champ de la médecine générale afin d'évaluer les

pratiques de santé et de les améliorer, ce qui fait l'objet de vives polémiques, concernant la validité de ce dispositif (7), son caractère éthique (8), et qui est loin de susciter l'engouement des médecins généralistes (9) (10) (11).

Font également l'objet de questionnements les indicateurs choisis, pour qui l'on se demande s'ils ont fait la preuve de leur efficacité ou de leur validité et qui restent critiqués. Par ailleurs ils posent question : en ne tenant pas compte des malades pris individuellement, de leur environnement, de leurs comorbidités, ils semblent ne pas pouvoir être applicables à tous.

c) Les indicateurs

Les indicateurs de la rémunération à la performance sont au nombre de 29.

Ils sont divisés en trois groupes. A chaque indicateur est associé un objectif cible à atteindre.

Tout d'abord concernant l'organisation du cabinet. Ils sont au nombre de 5 :

- Tenue du dossier médical informatisé avec saisies de données cliniques permettant le suivi individuel de la patientèle
- Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié
- Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices
- Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé
- Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli.fr des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients.

Ensuite il existe 9 indicateurs de suivi des pathologies chroniques :

- Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme médecin traitant et bénéficiant de 3 à 4 dosages de l'HbA1C par an parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT

- Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant une HbA1C < 8.5% parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant une HbA1C < 7.5% parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant un dosage du LDL cholestérol < 1.5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant un dosage du LDL cholestérol < 1.3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre de patients traités par antidiabétiques et bénéficiant d'un examen ophtalmologique ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients DT2 traités et ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre des patients traités par antidiabétiques et antihypertenseurs dont l'âge est supérieur à 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, traités par statines rapporté à l'ensemble des patients traités par antihypertenseurs et antidiabétiques et ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre des patients traités par antidiabétiques dont l'âge est supérieur à 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, traités par antihypertenseurs et statines, et bénéficiant d'un traitement par aspirine à faible dose ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients traités par antihypertenseurs, antidiabétiques et statines et ayant choisi le médecin comme MT

- Nombre de patients ayant déclaré le médecin comme MT traités par antihypertenseurs ayant une pression artérielle $\leq 140/90$ mmHg, rapporté à l'ensemble des patients traités par antihypertenseurs et ayant choisi le médecin comme MT

Ensuite il existe 8 indicateurs de prévention et de santé publique :

- Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs rapporté au nombre de patients MT de plus de 65 ans
- Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités par benzodiazépines de demi-vie longue rapporté au nombre de patients MT de plus de 65 ans
- Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par benzodiazépines et durant depuis plus de 12 semaines rapporté aux patients MT traités sur la même période
- Nombre de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus
- Nombre de patients en ALD de 16 à 64 ans et ciblés par la campagne de vaccination ayant été vaccinés contre la grippe rapporté à l'ensemble des patients de même catégorie et ayant choisi le médecin comme MT
- Nombre de patientes de 50 à 74 ans participant au dépistage individuel ou organisé du cancer du sein rapporté aux patientes MT de 50 à 74 ans
- Nombre de patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis dans les 3 ans rapporté à l'ensemble des patientes MT du même âge
- Nombre de traitements par antibiotiques par an chez les patients de 16 à 65 ans hors ALD rapporté aux patients de 16 à 65 ans hors ALD ayant choisi le MT

Enfin il existe 7 indicateurs d'efficience :

- Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients ayant choisi le médecin comme médecin traitant

- Prescription des IEC sur l'ensemble des prescriptions IEC+Sartans chez les sujets ayant choisi le médecin comme médecin traitant (en nombre de boîtes).
- Proportion de patients MT traités par aspirine à faible dose, rapporté à l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires ayant choisi le médecin comme MT
- Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients MT
- Prescription (en nombre de boîtes) d'IPP dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients MT
- Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes) chez les patients MT
- Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients ayant choisi le médecin comme médecin traitant

Le recueil des objectifs atteints par les médecins généralistes sur ces indicateurs se fait de deux manières (cf tableau ci-dessous) : déclarative, et par récupération des données de l'Assurance Maladie.

Les médecins généralistes déclarent sur le site Améli, les objectifs qu'ils ont atteints pour 10 indicateurs sur 29, correspondant à un total de 515 points, soit 40% de la rémunération possible, sans grand contrôle possible en dehors de la demande de justificatifs d'achats, notamment pour l'organisation du cabinet, et l'utilisation des logiciels spécifiques.

Le reste des objectifs est calculé par l'Assurance Maladie en fonction des données en leur possession (prescriptions de médicaments, délivrance de génériques, consultations réalisées...) mais il est à noter que celui-ci n'est pas non plus parfait, puisqu'il n'est pas possible de faire la différence entre une prescription émanant d'un spécialiste ou d'un généraliste notamment.

	INDICATEURS	OBJECTIF CIBLE	RECUEIL DES DONNEES
Organisation du cabinet	La tenue du dossier médical informatisé avec saisies de données cliniques permettant le suivi individuel de la patientèle		Déclaratif
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié		Déclaratif
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices		Déclaratif
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé		Déclaratif
	Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli.fr des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients.		Déclaratif
Suivi des pathologies chroniques	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme médecin traitant et bénéficiant de 3 à 4 dosages de l'HbA1C par an parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 65%	CPAM
	Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant une HbA1C < 8.5% parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 90%	Déclaratif
	Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant une HbA1C < 7.5% parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 80%	Déclaratif
	Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant un dosage du LDL cholestérol < 1.5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 90%	Déclaratif
	Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT et ayant un dosage du LDL cholestérol < 1.3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques traités ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 80%	Déclaratif
	Nombre de patients traités par antidiabétiques et bénéficiant d'un examen ophtalmologique ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients DT2 traités et ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 80%	CPAM
	Nombre des patients traités par antidiabétiques et hypertenseurs dont l'âge est supérieur à 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, traités par statines rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs et antidiabétiques	> ou = 75%	CPAM
	Nombre des patients traités par antidiabétiques dont l'âge est supérieur à 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, traités par antihypertenseurs et statines, et bénéficiant d'un traitement par aspirine à faible dose ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs, antidiabétiques et statines	> ou = 65%	CPAM
	Nombre de patients (ayant déclaré le médecin comme MT) traités par antihypertenseurs ayant une pression artérielle ≤ 140/90 mmHg, rapporté à l'ensemble des patients traités par antihypertenseurs et ayant déclaré le médecin comme MT	> ou = 60%	Déclaratif
Prévention et santé publique	Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs rapporté au nombre de patients MT de plus de 65 ans	< ou = 5%	CPAM
	Nombre de patients MT> 65 ans traités par benzodiazépines de demi-vie longue rapporté au nombre de patients MT> 65 ans	< ou = 5%	CPAM
	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par benzodiazépines et durant depuis plus de 12 semaines rapporté aux patients traités sur la même période et ayant choisi le MT	< ou = 12%	CPAM
	Nombre de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	> ou = 75%	CPAM
	Nombre de patients en ALD de 16 à 64 ans et ciblés par la campagne de vaccination ayant été vaccinés contre la grippe rapporté à l'ensemble des patients MT de même catégorie	> ou = 75%	CPAM
	Nombre de patientes de 50-74 ans participant au dépistage individuel/organisé du K du sein rapporté aux patientes MT de 50-74 ans	> ou = 80%	CPAM
	Nombre de patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis dans les 3 ans rapporté à l'ensemble des patientes MT du même âge	> ou = 80%	CPAM
	Nombre de traitements par antibiotiques par an chez les patients de 16 à 65 ans hors ALD rapporté aux patients de 16 à 65 ans hors ALD	< ou = 37%	CPAM
Efficience	Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 80%	CPAM
	Ratio IEC/IEC+Sartans chez les patients ayant choisi le médecin comme MT	> ou = 65%	CPAM
	Proportion de patients traités par aspirine à faible dose, rapporté ceux traités par antiagrégants plaquettaires (MT)	> ou = 85%	CPAM
	Prescription d'antibiotiques dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	> ou = 90%	CPAM
	Prescription d'IPP dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients MT	> ou = 85%	CPAM
	Prescription des statines dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes) (patients MT)	> ou = 70%	CPAM
	Prescription des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques sur l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes) chez les patients ayant choisi le médecin comme médecin traitant	> ou = 65%	CPAM

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs, objectifs cibles et mode de déclaration

d) Mode de calcul de la rémunération

Le calcul de la rémunération est basé sur l'attribution de points à chaque indicateur, chaque point valant sept euros. Au total, 1300 points sont possibles, à raison de 7 euros le point, une rémunération de 9100 euros par an est possible.

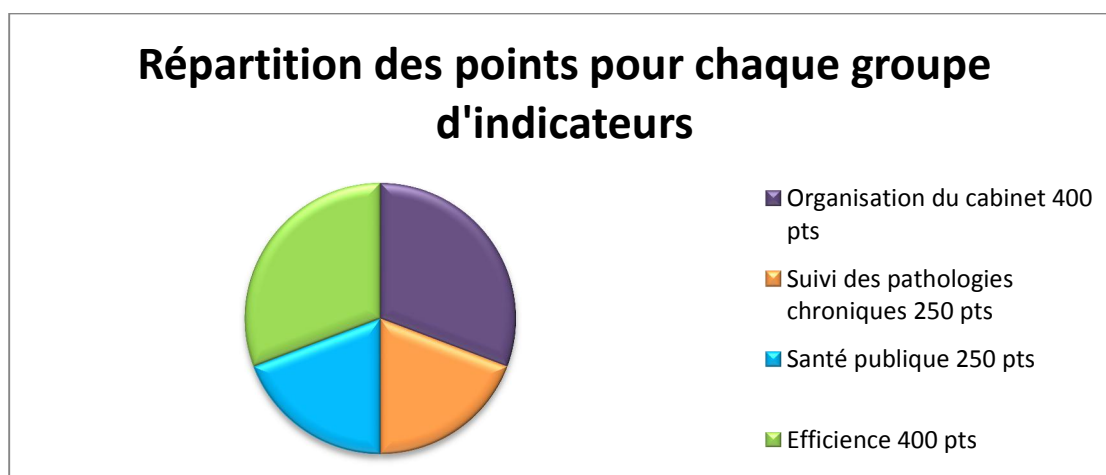


Figure 1 : Répartition des points pour chaque groupe d'indicateurs

Pour l'organisation du cabinet, le respect des indicateurs peut rapporter jusqu'à 400 points, à raison de 50 points pour l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription ou encore pour l'affichage au cabinet ou sur le site Améli des horaires de consultations, de 75 points pour l'informatisation et la télétransmission ou encore pour la tenue du dossier médical informatisé, et enfin 150 points pour la réalisation du volet de synthèse annuel.

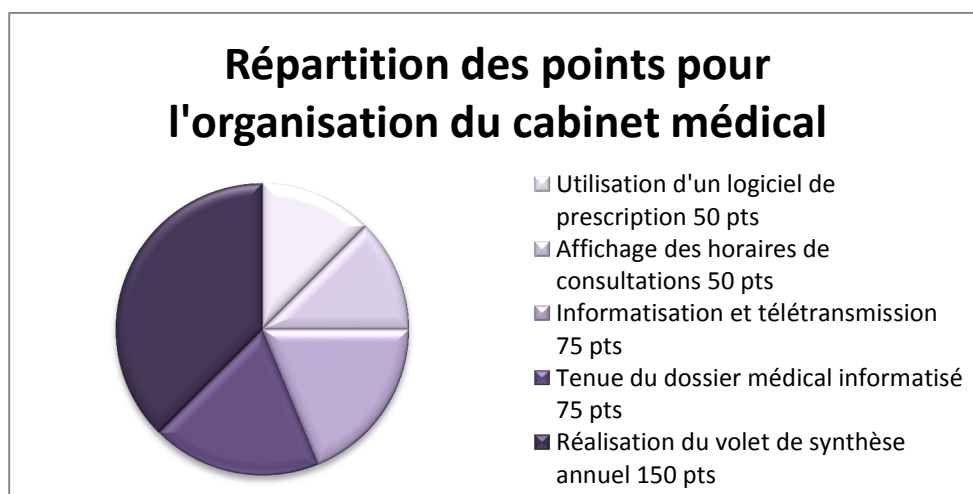


Figure 2 : Répartition des points pour l'organisation du cabinet médical

Pour le suivi des pathologies chroniques, l'atteinte des objectifs fixés pour chaque indicateur peut rapporter jusqu'à 250 points à raison de 10 points pour le LDL<1.5g/l chez les

diabétiques de type 2, de 15 points pour l'HbA1C<8.5%, de 25 points pour l'HbA1C<7.5% ou encore le LDL<1.3g/l chez les diabétiques de type 2, de 30 points pour les dosages annuels de l'HbA1C, de 35 points pour la surveillance du fond d'œil ou encore pour la prévention cardio-vasculaire des patients diabétiques de type 2 à haut risque par une statine ou par de l'aspirine, et enfin 40 points pour la pression artérielle $\leq 140/90$ mmHg chez les sujets traités.

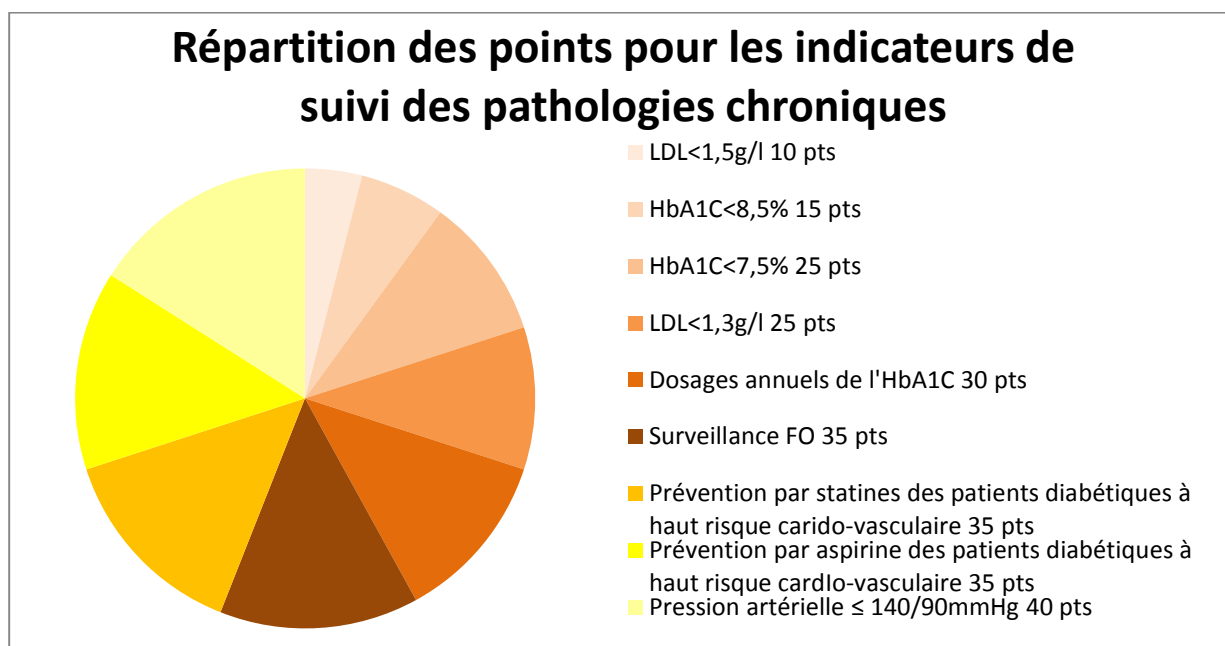


Figure 3 : Répartition des points pour les indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Pour les indicateurs de santé publique, leur respect rapporte maximum 250 points à raison de 20 points pour la vaccination anti grippale chez les sujets de 65 ans ou plus ou encore chez les sujets en ALD de 16 à 64 ans ciblés par la campagne de vaccination et de 35 points pour tous les autres indicateurs : la prescription des vasodilatateurs, des benzodiazépines, et leur bonne durée de prescription, le dépistage du cancer du sein, du cancer du col, et de la bonne prescription des antibiotiques.

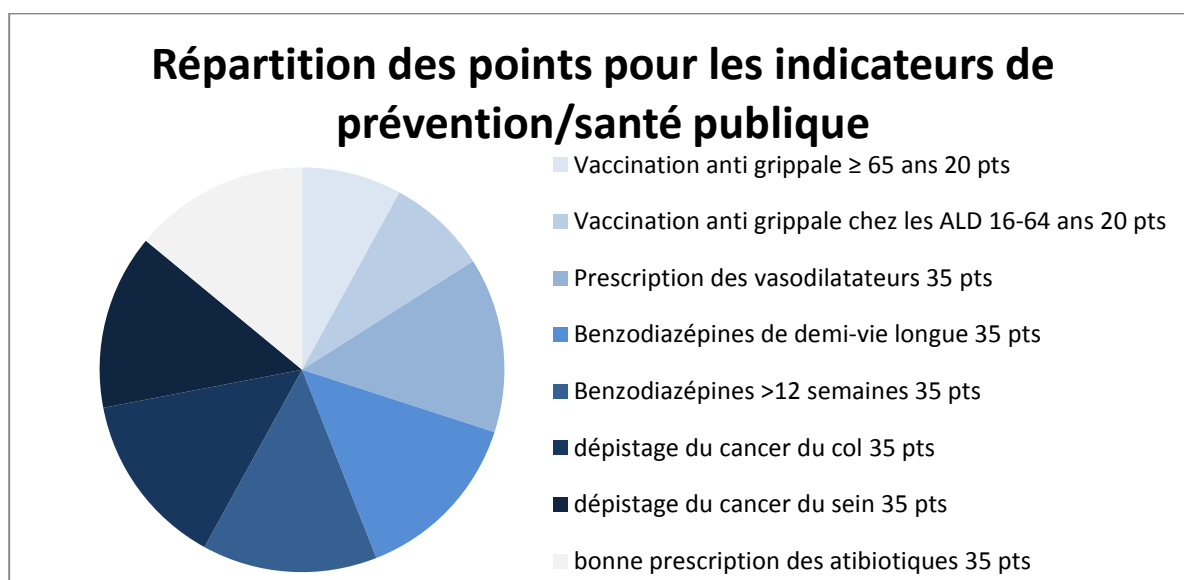


Figure 4 : Répartition des points pour les indicateurs de prévention/santé publique

Enfin pour les indicateurs d'efficacité, si les cibles sont atteintes, ils peuvent rapporter jusqu'à 400 points, répartis comme suit : 55 pour la prescription dans le répertoire des génériques des antihypertenseurs, des antidépresseurs, pour la prescription des IEC, pour la prescription de l'aspirine comme antiagrégant plaquettaire, et de 60 points pour la prescription dans le répertoire des génériques des antibiotiques, des inhibiteurs de la pompe à proton ou encore des statines.

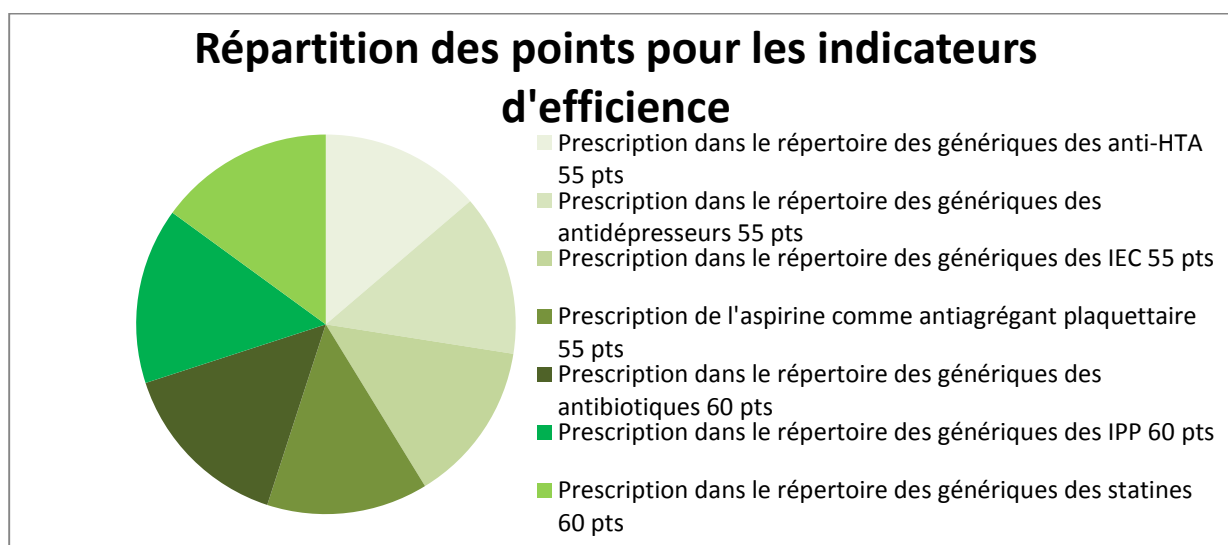


Figure 5 : Répartition des points pour les indicateurs d'efficacité

Le calcul est basé sur une patientèle de 800 patients et se fait comme suit :

Nombre de points * valeur du point (7euros) * (nombre de patients/800)

La rémunération est effectuée l'année n+1 pour les objectifs atteints sur l'année n.

Par ailleurs, la rémunération ne concerne pas uniquement l'atteinte totale des objectifs puisqu'elle prend aussi en compte l'atteinte partielle et même la progression. A l'inverse, la régression amoindrit la rémunération. Soit le médecin a atteint un objectif inférieur à l'objectif intermédiaire (fixé par l'Assurance Maladie), on a alors :

Taux de réalisation : $50\% * ((\text{niveau observé} - \text{niveau initial}) / (\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}))$ le niveau initial étant le niveau atteint à l'entrée dans le dispositif. Le calcul devient :

Taux de réalisation * nombre de points * valeur du point * (nombre de patients/800)

Par exemple, imaginons un médecin qui aurait atteint 40% de l'objectif initialement (pour une cible à 65%) et 45% l'année n-1. L'assurance maladie fixant un objectif intermédiaire par exemple à 55%, l'année n, il percevra : $50\% * (45 - 40) / (55 - 40) * \text{nombre de points} * 7 \text{ euros} * (\text{nombre de patients}/800)$.

Soit le médecin a atteint un objectif supérieur ou égal à l'objectif intermédiaire, on a alors :

Taux de réalisation : $50\% + 50\% * ((\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}) / (\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}))$. Le calcul devient alors de la même manière :

Taux de réalisation * nombre de points * valeur du point * (nombre de patients/800)

Tous ces calculs sont donc un peu complexes, mais effectués par l'Assurance Maladie

e) La rémunération à la performance dans les autres pays

La rémunération à la performance existe dans d'autres pays depuis bien plus longtemps qu'en France, (notamment au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, depuis près de 10 ans), et c'est d'ailleurs sur leur modèle qu'elle s'est progressivement installée en France, et

notamment après l'analyse de leur mode de fonctionnement, en 2008, par l'inspection générale des affaires sociales (12).

Au Royaume-Uni, la rémunération sur objectifs de santé publique a été mise en place en avril 2004 dans le cadre du Quality and Outcomes Framework (QOF), après deux ans et demi de négociation entre le National Health Service (NHS) et la British Medical Association (BMA). Avant 2004, les médecins généralistes étaient rémunérés à la fois par un paiement forfaitaire de base, mais aussi par un paiement à la capitation, ainsi qu'un paiement à l'acte pour certains actes. Il est à noter que l'organisation de soins au Royaume-Uni n'est pas identique à celle existant en France, et que les médecins généralistes travaillent là-bas en cabinets de médecine générale regroupant à la fois des médecins, des professionnels paramédicaux, mais aussi des professionnels non paramédicaux.

La rémunération à la performance est une démarche au volontariat et vise à modifier les pratiques et notamment à mieux prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques. De la même manière, elle repose sur l'attribution de points à divers indicateurs (jusqu'à 1000 au total), le point valant 125 livres soit 156 euros (pour un cabinet de taille moyenne, ajusté à la patientèle et en fonction de la prévalence de la maladie dans le cabinet). Les indicateurs retenus sont près de 135 et balayent donc une grande partie du champ de la médecine générale. Ils se répartissent notamment sur la clinique : 80 indicateurs répartis sur 19 items (prévention secondaire des maladies cardiovasculaires, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral et ischémique transitoire, hypertension artérielle, diabète, broncho-pneumopathie chronique obstructive, épilepsie, hypothyroïdie, cancer, soins palliatifs, santé mentale, asthme, démence, dépression, insuffisance rénale chronique, fibrillation auriculaire, obésité, troubles de l'apprentissage et tabagisme) pour un total de 655 points possibles. On a également les indicateurs organisationnels au nombre de 43 et répartis autour de 5 domaines (dossier médical, contact et information des patients, formation qualité

sécurité, gestion du cabinet, et bon usage des médicaments au cabinet) pour un total de 181 points possibles. Puis il existe des indicateurs de satisfaction des patients pour un total de 108 points (durée de consultation, réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle, actions réalisées dans l'année N compte tenu des résultats de l'enquête effectuée l'année N-1, et plans d'actions pour les deux ans à venir). Enfin 8 indicateurs de services additionnels répartis sur 4 items (dépistage du cancer du col de l'utérus, suivi du développement des enfants, suivi et soins anténataux, contraception orale) sont présents pour un total de 36 points. Enfin, 20 points sont attribués pour le caractère global de la performance.

La mise en place de ce dispositif (bien que très coûteuse : 1.25 milliards d'euros pour la seule année 2006-2007) semble avoir été positive avec plus de 89% des cabinets ayant obtenu plus de 900 points sur 1000. Cependant d'après plusieurs études (13) (14) (15) l'impact sur les modifications des pratiques apparaît plutôt modeste avec une amélioration ayant déjà débuté bien avant la mise en place du dispositif que celui-ci a probablement un peu accélérée.

Aux Etats-Unis, il est plus difficile de donner une information unique et précise concernant le dispositif de rémunération à la performance car il en existe plusieurs, en général gérés par des assureurs privés. Selon l'étude de Leapfrog et Med-Vantage (16), il semblerait que les dispositifs se soient accrus progressivement et sans cesse depuis 2003. Une enquête auprès des *Health Medical organizations* (17) montre qu'en 2005 plus de la moitié d'entre elles, (rassemblant 80% des assurés) appartenaient déjà à un système de rémunération à la performance. Le plus notable par son ancienneté, son ampleur et ses résultats est l'*Integrated healthcare california payment-for-performance program*. Il existe depuis plusieurs années et regroupe pas moins de 40 000 médecins. De même, le *Bridges to excellence* (18) est un des militants les plus importants de la rémunération à la performance aux Etats-Unis. Pour tous, les buts sont les mêmes : les préoccupations financières et l'amélioration des pratiques de santé. Les indicateurs de performance mesurés concernent

avant tout l'efficacité clinique et la sécurité des patients. La plupart sont repris ou inspirés de HEDIS®. Les autres indicateurs concernent surtout l'efficience, la satisfaction des patients et le recours aux nouvelles technologies, mais la part donnée à chaque indicateur diffère grandement d'un dispositif à l'autre, de même que la rémunération. Celle-ci pouvant augmenter les revenus du généraliste de 1.5% à 10% dans les futurs objectifs. Actuellement, la moyenne est à 2.3%.

La mise en place du dispositif, là aussi, semble montrer de bons résultats (16) (19) (20) (21). Les différentes études réalisées au sein de divers organismes se rejoignent pour montrer, plus ou moins modestement, plus ou moins notablement, les résultats engendrés par l'instauration de la rémunération à la performance quant à la prise en charge des patients.

2) Problématique

Malgré, semble-t-il, des bilans convenables de la ROSP dans les autres pays, la rémunération à la performance fait actuellement grand bruit en France et soulève de nombreux débats. Doit-on, ou pas, y adhérer ? Est-ce éthiquement correct ? Ne va-t-elle pas entraîner une sélection de la patientèle ou une modification des comportements des médecins généralistes dans l'appât du gain et en défaveur de la bonne prise en charge des patients ?

La ROSP ne fait pas l'unanimité, mais avant de s'intéresser aux divers débats qui l'entourent, nous avons décidé de nous intéresser à l'essence même de cette rémunération : les indicateurs. D'où viennent-ils ? Comment ont-ils été choisis ? Quelle est leur légitimité, car les médecins (principaux intéressés, principaux concernés, et au centre des pratiques), n'ont pas été interrogés (en dehors des syndicats) ? Nous ne connaissons pas la méthode de choix de ces indicateurs. Et ceux-ci restent critiqués, demandant à faire preuve de leur efficacité. De plus,

nous savons que chaque individu est unique et que la prise en charge des patients doit être individuelle et basée sur plusieurs paramètres ajoutés (facteurs de risque, environnement, antécédents...) alors comment un indicateur peut-il s'appliquer à tous ? Enfin, même s'ils étaient des indicateurs de choix, seraient-ils réalisables en pratique de ville ?

Ainsi est-on, dans un premier temps, en droit de se demander quelle est la pertinence médicale et pratique de ces indicateurs, avant même de se poser d'autres questions.

3) Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont d'évaluer objectivement (par une revue de la littérature), et subjectivement (par un questionnaire) la pertinence médicale et la pertinence pratique de 18 des 29 indicateurs de la rémunération à la performance, et de comparer les réponses de deux populations différentes de médecins généralistes (formés et non formés) afin de voir si elles diffèrent.

La pertinence médicale sera la pertinence en termes de bonnes pratiques, autrement dit ces indicateurs sont-ils selon la littérature et selon les médecins généralistes des critères théoriquement justifiés d'utiliser pour une bonne qualité des soins ?

La pertinence pratique concernera, la faisabilité en cabinet, autrement dit, est-ce réalisable en ville et donc peut-on atteindre les objectifs fixés, compte tenu de tous les paramètres variables en ville (population, moyens...) ?

MATERIEL ET METHODE

1) Revue de la littérature

a) Bases bibliographiques

La bibliographie a été effectuée à partir de plusieurs supports :

- Les revues scientifiques et médicales et notamment, la revue Prescrire, mais aussi

Médecine

- Les bases de données en ligne et notamment Pubmed, Cismef, Cochrane, Minerva
- Les sites officiels faisant autorité tels que la HAS, l'Assurance Maladie, l'ARS, ou encore les sites du gouvernement, et Légifrance
- Les moteurs de recherche et principalement Google
- Et enfin d'autres supports rassemblant les données obtenues lors de séminaires, lors de cours facultaires ou encore lors d'échanges avec des collègues.

b) Mots clés

Les mots-clés utilisés lors de cette recherche bibliographique ont été principalement les suivants : « rémunération à la performance » « médecins généralistes » « P4P » « rémunération sur objectifs de santé publique » « rémunération à la performance à l'étranger » « indicateurs de la rémunération à la performance » « premiers résultats ROSP » en Français et « pay for performance » « general practitioner » « Europe » « GP » en anglais.

Chaque indicateur a par ailleurs fait l'objet d'un mot-clé, ce qui serait trop long à citer, mais par exemple, « prescription des vasodilatateurs » « utilisation des benzodiazépines » « fond d'œil » et ainsi de suite pour chaque indicateur.

c) Recueil de données

Une grande partie du recueil de données a été effectuée sur ordinateur, à partir de téléchargements gratuits.

Une première revue de la littérature concernant purement les indicateurs de la ROSP a été réalisée sur le site de la revue Prescrire. Chaque indicateur et le terme plus général de « rémunération à la performance » ont fait l'objet d'un mot clé. Les articles ont été filtrés pour ne garder que ceux datant de moins de 10 ans. Ont été sélectionnés ensuite seuls les articles concernant de manière pertinente les indicateurs.

Ensuite la recherche s'est portée sur le site de la HAS, où l'ensemble des recommandations a été parcouru, ainsi que l'ensemble des fiches de bonne utilisation du médicament. Seuls les documents concernant les indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique ont été sélectionnés. Parmi eux, seuls ceux datant de moins de dix ans ont été retenus.

Par ailleurs, chaque indicateur concernant une discipline particulière (cardiologie (LDL, statines, antiagrégants plaquettaires, pression artérielle, IEC/Sartans), endocrinologie (diabète, HbA1C, fond d'œil), gynécologie (dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus)) a fait l'objet d'une recherche sur le site de la société française de la discipline concernée, sur les mêmes critères que précédemment : retrait des articles de plus de dix ans et sélection des plus intéressants.

Concernant la pertinence de ces indicateurs, nous avons réalisé une revue de la littérature à la recherche des études de grade A ou B pouvant justifier de leur sélection. Nous

avons dans un premier temps effectué nos recherches sur deux grandes bases de données que sont Pubmed et la Cochrane Library. Les recherches ont été effectuées à partir des mots-clés concernant les indicateurs, sur les mêmes critères d'inclusion (ancienneté et intérêt) que ceux cités précédemment. Enfin, nous avons étayé nos recherches à partir du site Minerva : revue indépendante adressée aux professionnels de santé et présentant une analyse critique des publications internationales.

D'une manière plus générale, la rémunération sur objectifs de santé publique a pu être définie et ciblée à partir d'une recherche sur les sites officiels faisant autorité tels que l'Assurance Maladie, et les sites gouvernementaux. Les divers accords, les divers avenants, et les diverses publications au journal officiel ont fait l'objet également d'une recherche ciblée.

Après avoir colligé l'ensemble des articles retenus dans des dossiers prévus à cet effet et conçus pour chaque indicateur, les articles ont été analysés de manière approfondie en vérifiant le bon respect des critères d'inclusion et d'exclusion (articles de plus de dix ans, et/ou ne concernant pas les indicateurs de la ROSP).

Concernant la recherche de la littérature sur la faisabilité des indicateurs, elle a malheureusement été pauvre, en raison du caractère très récent de l'instauration du procédé et du peu de résultats à notre disposition. Certains résultats apparaissaient sur des quotidiens ou des journaux non médicaux, et leur fiabilité ne pouvait être confirmée en l'absence de recoupement possible du fait du peu de données. Nous avons donc pris contact directement avec l'Assurance Maladie pour tenter d'obtenir des résultats officiels sur les objectifs atteints en 2012 et 2013, et nous nous sommes également appuyés sur le dossier de presse d'avril 2013 communiqué par l'Assurance Maladie (22).

2) Questionnaire

a) Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale, prospective, multicentrique, effectuée auprès de deux échantillons de médecins généralistes tirés au sort dans deux populations distinctes : celle des médecins généralistes d'Ile-de-France, et celle des médecins généralistes appartenant à la SFTG, (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), société savante et organisme de formation continue. L'enquête concerne les indicateurs de la rémunération à la performance. 18 indicateurs ont été retenus sur les 29 de l'Assurance Maladie : les 9 indicateurs concernant le suivi des pathologies chroniques, 7 indicateurs de prévention de santé publique sur 8, celui concernant la prescription des antibiotiques chez les sujets de 16 à 65 ans hors ALD ayant été exclu, et 2 indicateurs d'efficience (concernant les IEC/sartans, et les antiagrégants plaquettaires). Les 5 indicateurs organisationnels du cabinet ont été exclus car ayant peu de valeur sur le plan médical, ainsi que 5 des 7 indicateurs d'efficience, plutôt d'ordre économique.

b) Population étudiée

Dans un premier temps, le questionnaire a été adressé au mois de mars 2013 à 10 médecins généralistes installés dans la commune de Limeil-Brévannes (94), identifiés dans les pages jaunes, pour des questions de commodité et de coût : les courriers ont pu être glissés dans les boîtes aux lettres, sans envoi postal, et récupérés dans les cabinets. Cette phase a constitué la phase pilote de l'étude, et le questionnaire a ainsi été testé afin d'évaluer sa faisabilité, sa clarté, et sa simplicité.

Après modifications du questionnaire (clarification et simplification), celui-ci a été adressé l'été 2013 (juillet-août) d'une part par courrier postal à un échantillon de 200 médecins généralistes installés et en exercice tirés au sort dans la région Ile-de-France de manière stratifiée : 25 médecins généralistes par département ; et d'autre part envoyé par e-mail à 471 médecins adhérant à une société de formation indépendante (SFTG), et exerçant en France ou dans les DOM-TOM. Les réponses ayant été peu nombreuses par e-mail, un mail de relance a été adressé à 2000 médecins généralistes de la SFTG au mois de septembre 2013, à l'exception des médecins ayant déjà répondu.

Tous les médecins tirés au sort ont été inclus à l'exception des médecins généralistes pour lesquels une activité principale autre que la médecine générale était mentionnée.

Ont été secondairement exclus : les médecins généralistes remplaçants thésés ou non thésés répondant au questionnaire adressé au praticien installé, car non directement ciblés par la rémunération à la performance, les médecins n'ayant pas répondu aux critères démographiques du questionnaire, ou encore les médecins pour lesquels le questionnaire de retour n'était pas accessible (lisible ou ouvrable pour les e-mails).

c) Rédaction du questionnaire

Nous avons donc rédigé un premier questionnaire de dix questions réparties en quatre questions démographiques fermées à choix multiples, trois questions de pratique fermées dichotomiques avec possibilité de commentaires, et trois questions sur les indicateurs de la rémunération à la performance : deux fermées à choix multiples, une à choix multiples ordonnés.

Ce questionnaire a ensuite été modifié aux vues du faible taux de réponses et des commentaires donnés par les médecins généralistes.

Le questionnaire final contenait également 10 questions mais était moins long et moins fastidieux à remplir. Les questions démographiques étaient conservées, deux fermées à choix multiples et deux à réponses ouvertes. Les trois questions de pratique étaient également présentes, en questions fermées dichotomiques, et enfin il y avait trois questions sur les indicateurs de la rémunération à la performance : trois fermées en choix multiples, avec possibilité de commentaires associés. La question en choix multiples ordonnés demandant trop de temps et de réflexion a été supprimée, et une autre plus simple non ordonnée a été intégrée. Deux des trois questions concernaient la pertinence médicale et la pertinence pratique des indicateurs de la rémunération à la performance.

Le questionnaire (accompagné d'une lettre explicative) (Annexes p114 à 119) a pour la phase pilote été remis en mains propres aux différentes secrétaires des cabinets médicaux et été récupéré de la même manière. Pour la phase suivante, il a été envoyé par la poste sous pli affranchi, avec enveloppe retour affranchie au tarif en vigueur, et accompagné d'une lettre explicative (Annexes p.119 à 122) concernant le sujet de la thèse, et son but. La réponse était anonyme et a été enregistrée jusqu'à la fin du mois d'octobre 2013, date préalablement fixée. Aucun courrier n'est par ailleurs arrivé après cette date.

Pour les adressages par mail, le message a été envoyé via la SFTG directement (Annexe p.123), avec, en pièces jointes, le questionnaire ainsi que la lettre d'accompagnement. Les retours réponses étaient adressés par e-mail. Ceux-ci n'étaient donc pas anonymes mais les réponses étaient enregistrées anonymement dans un dossier prévu à cet effet. La date butoir retenue était la même que pour les courriers, mais aucun mail n'est arrivé après cette date.

d) Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé au fur et à mesure de la réception des réponses

et colligé sous tableur excel. Les effectifs bruts ont été entrés pour chaque réponse à chaque question afin d'en préparer l'analyse. Les recueils de réponses ont été séparés en fonction de l'échantillon : médecins généralistes et médecins généralistes adhérant à la SFTG afin de pouvoir en faire une comparaison par la suite.

e) Analyse statistique

Après avoir réalisé une première analyse qualitative du questionnaire, nous avons mis en place une analyse statistique afin de comparer les réponses émises par l'échantillon de médecins généralistes tirés au sort et celles émises par l'échantillon de médecins généralistes appartenant à une société de formation indépendante.

Un test de Chi 2 a été réalisé sur l'ensemble des indicateurs, et à partir des trois variables de réponses sur la pertinence médicale et pratique de ces indicateurs : oui, non, ne sait pas afin de comparer les réponses des médecins généralistes selon leur provenance.

Un seuil de significativité a été retenu pour $p < 0.05$.

Un test de Fisher a été effectué en cas d'effectif théorique inférieur ou égal à cinq.

Ensuite, une analyse par odds-ratio a été menée afin de tester la relation entre le fait de répondre oui et le fait d'appartenir à une société de formation. Seules les variables oui et non concernant les réponses sur la pertinence médicale et pratique des indicateurs ont été retenues, les autres données ayant été regroupées en tant que données manquantes. Si l'odds-ratio était supérieur à 1, alors le fait d'appartenir à la SFTG était associé au fait de répondre « oui » aux questions, si l'odds-ratio était inférieur à 1 alors non. L'intervalle de confiance ne devait pas contenir le chiffre un pour que les résultats soient significatifs.

Enfin, comme un test de concordance n'était pas réalisable, nous avons réalisé une représentation graphique des résultats sous forme de « Forest Plot » construits à partir des

odds-ratios. Bien sûr, il ne s'agit pas là en termes statistiques d'une vraie méta-analyse, mais il s'agissait juste de trouver un moyen de représentation clair et lisible des résultats, afin de pouvoir donner une tendance quant aux réponses des deux groupes, et d'avoir une idée sur le groupe le moins critique ou le plus critique.

Le statisticien, non généraliste, a travaillé indépendamment des résultats de la littérature et du reste du travail.

3) Critères de jugement

Le critère de jugement principal retenu dans le cadre de la pertinence médicale des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique a été défini comme suit : « les indicateurs sont considérés comme pertinents sur le plan médical s'ils relèvent d'études de la littérature de grade A ou B ».

Le critère de jugement secondaire a été défini comme suit : « en l'absence de données de grade A ou B ils sont pertinents s'ils relèvent d'un consensus professionnel, et si les professionnels de santé l'ont jugé pertinent à plus de 50% sans différence entre les deux échantillons ».

En ce qui concerne la pertinence pratique des indicateurs de la ROSP, on a défini le critère principal de jugement comme suit : « les indicateurs sont considérés comme pertinents en terme de faisabilité si plus de 50% des médecins généralistes l'ont jugé comme tel, sans différence entre les deux échantillons et que la littérature va en ce sens ».

RESULTATS

1) Revue de la littérature

a) Pertinence médicale

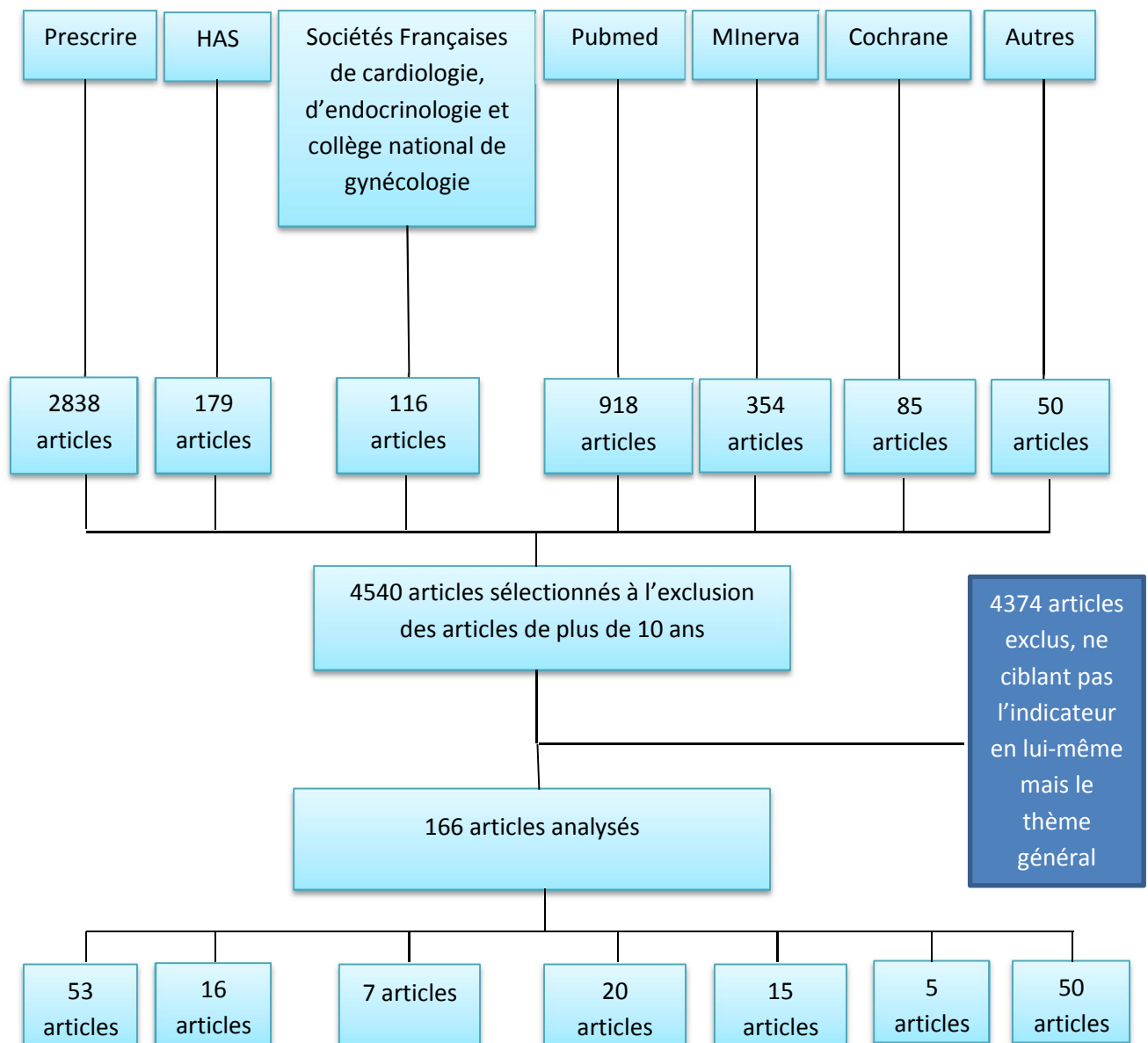


Figure 6 : Caractéristiques de la revue de la littérature

Après un recueil de 4540 articles obtenus à partir de diverses bases de données, et dans le cadre de la revue de la littérature, 166 articles ont été analysés afin de répondre à la

question de la pertinence médicale des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Indicateurs	Etudes grade A ou B	Etudes grade C ou recommandations	Controverses ou études contradictoires
3 HbA1C par an			
HbA1C<8.5%			
HbA1C<7.5%			
LDL<1.5g/l			
LDL<1.3g/l			
Fond d'œil tous les 2 ans			
Statines pour DT2 à haut risque CV			
Aspirine ou AC pour DT2 à haut risque CV			
PA≤140/90mmHg chez les traités			
Prescription de vasodilatateurs			
Prescription de BZD de longue ½ vie			
Prescription de BZD <12 semaines			
Vaccination anti grippe≥65ans			
Vaccination anti grippe ALD de 16 à 64 ans			
Dépistage du cancer du sein 50-74 ans			
Dépistage du cancer du col de l'utérus 25-65 ans			
Antiagrégants			
Prescription IEC/Sartans			

Tableau 2 : Pertinence médicale des indicateurs de la ROSP dans la littérature

3 indicateurs relevaient d'études de grade A ou B : la prescription de statines chez les patients diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire, la minimalisation de la prescription des vasodilatateurs et le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les 25-65 ans.

La prescription des statines chez les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire est fondée. Les recommandations actuelles de la HAS (23) (24), ou encore celle de la Société Européenne de Cardiologie, ou encore de l'American Diabetes Association (25) vont toutes dans le même sens. La prise en charge par une statine des diabétiques de type deux à haut risque cardiovasculaire permet de réduire la mortalité toutes causes confondues et également le risque d'événements cardiovasculaires. Les études HPS (26) et CARDS (27) chez les diabétiques à haut risque cardiovasculaire ont mis en évidence l'efficacité respectivement de la simvastatine et de l'atorvastatine. Par ailleurs l'analyse méthodologique des méta-analyses par le groupe Minerva (28) (29) (30) va dans le même sens et conclut à l'intérêt de la prescription des statines chez les diabétiques de type 2 à haut risque indépendamment du niveau du LDL cholestérol, (ce qui n'est pas vrai pour les diabétiques de type 2 sans autres facteurs associés). La revue Prescrire quant à elle reste plus prudente et plus mitigée (31) du fait des études ASCOT-LLA (32) et ALLHAT-LLT qui n'ont pas montré d'efficacité sur des analyses en sous-groupes de patients diabétiques mais qui n'ont peut-être pas la puissance nécessaire dans ces sous-groupes. Elle conclut tout de même à la prescription de statines chez les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire (33).

Réduire le plus possible les prescriptions de vasodilatateurs met également tout le monde d'accord. Ceux-ci n'ont pas fait la preuve du service médical rendu (SMR) et semblent même délétères (34). La HAS a réévalué le SMR pour une grande liste de vasodilatateurs et a conclu à un SMR faible ou insuffisant pour beaucoup (35). Le niveau de preuve est haut quant à leurs effets indésirables par ailleurs. La revue Prescrire va en ce sens également en souhaitant même viser un taux de prescription à 0% (36).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus ne fait pas l'objet d'études randomisées ou de méta-analyses. En revanche, de nombreuses études de grades C (et plus faiblement de grade B) convergent vers son bien-fondé (37) (38) (39) (40) (41). De nombreux suivis de cohortes ont été mis en place depuis une vingtaine d'années dans de nombreux pays où les résultats s'accordent vers un bénéfice du dépistage du cancer du col de l'utérus sur l'incidence du cancer du col, mais aussi en terme de morbi-mortalité si le dépistage est organisé. La HAS va en ce sens en recommandant et en renforçant le dépistage du cancer du col de l'utérus (42) (43). La revue Prescrire se range aussi du côté du dépistage du fait des forts liens statistiques établis entre dépistage et réduction d'incidence du cancer montrés dans de nombreuses études cas-témoins, mais elle regrette tout de même l'absence d'études de plus forts niveaux de preuves (44) (45) (46) (47).

14 indicateurs / 18 indicateurs relevaient d'études de grade C de consensus, ou de recommandations. Ce sont les indicateurs étudiés à l'exception des indicateurs concernant le LDL cholestérol et l'hémoglobine glyquée dont les cibles portent à discussion. Nous ne reviendrons pas sur les 3 indicateurs détaillés ci-dessus, et sur les indicateurs faisant l'objet de controverses qui seront détaillés ultérieurement.

Le dosage de l'hémoglobine glyquée trois/quatre fois par an, fait partie des recommandations HAS (48). La revue Prescrire trouve cet indicateur plutôt cohérent avec le suivi de la majorité des diabétiques (49). Enfin c'est aussi ce qui est indiqué par l'American Diabetes Association dans ses recommandations 2014 (50) pour la majorité des diabétiques bien qu'elle stipule que deux puissent être suffisantes chez les sujets parfaitement équilibrés.

Le fond d'œil tous les deux ans fait également partie des recommandations, il est suffisant s'il n'existe pas de complications oculaires, auquel cas les fonds d'œil devront être rapprochés. La revue Prescrire est également en accord avec cette prise en charge (même si

elle regrette l'absence d'étude d'intervention) (51) (33) de même que l'American Diabetes Association (52). Si le fond d'œil était recommandé annuellement (53), de nouvelles études montrent qu'en l'absence d'atteinte ophtalmique, un suivi tous les deux ans serait suffisant (54) (55).

La pression artérielle $\leq 140/90$ mmHg est une recommandation de faible niveau de preuve. Au tout début des années 2000, les chiffres tensionnels admis étaient plutôt de 150/90 mmHg, et ils ont été abaissés à 140/90mmHg, notamment à la réactualisation des recommandations de l'ESC (European Society of Cardiology) en 2007 (56). Les chiffres tensionnels à partir desquels la mise en route du traitement antihypertenseur est justifiée et bénéfique posent déjà question : entre 140-160mmHg de systolique et 90-100mmHg de diastolique en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire. Les objectifs cibles d'un patient traité, en posent encore plus, d'autant plus que les patients sont tous différents et que les objectifs seront variables en fonction des facteurs associés (diabète, haut facteur de risque cardiovasculaire, âge...). La revue Prescrire a fait de nombreux dossiers sur l'hypertension artérielle (57) (58) (59). Il en ressort que les objectifs ont été progressivement abaissés depuis le début des années 2000 aux vues des résultats d'études initialement conçues pour comparer des antihypertenseurs et non des objectifs tensionnels. Prescrire reste perplexe quant à cette cible inadaptée à tous (33).

Les recommandations de la HAS de 2005, qui préconisaient notamment un objectif cible $\leq 140/90$ mmHg sauf pour les diabétiques et insuffisants rénaux $\leq 130/80$ mmhg ont été suspendues. Les études Invest, Value et Fever ont servi d'appui à l'ESC pour les guidelines 2007 mettant en évidence un bénéfice clinique d'une cible $\leq 140/90$ mmHg.

Parallèlement, en 2009 le réseau Cochrane a comparé les effets des antihypertenseurs selon le seuil (135/85 – 140-160/90-100mmHg) sans différence statistiquement significative (60). De même l'European Society of Hypertension (ESH) a réactualisé ses recommandations en 2009

aux vues du peu d'essais probants (61). Les questions autour des cibles tensionnelles sont de plus en plus présentes (62).

Pourtant en janvier 2013, la Société Française d'HyperTension Artérielle (SFHTA) réitère les objectifs de contrôle tensionnel chez les sujets traités $\leq 140/90$ mmHg (63). Cet objectif est donc largement admis pour le moment mais fera peut-être l'objet de discussions d'ici peu.

Les prescriptions de benzodiazépines de demi-vie longue et de moins de 12 semaines font également l'objet de recommandation HAS, ainsi que de fiches de bon usage des médicaments (64) (65). La revue Prescrire est en accord avec la durée de prescription limitée à 12 semaines, mais moins avec la demi-vie (47). Pour Prescrire, cet objectif n'est pas complètement pertinent puisque les risques d'accumulation peuvent survenir dans les deux cas et que les effets indésirables liés à leur usage sont plutôt en rapport avec la durée d'utilisation que la demi-vie de la benzodiazépine.

La vaccination contre la grippe chez les sujets en ALD de 16 à 64 ans fait l'objet de recommandations et est peu critiquée dans la littérature notamment car elle concerne dans ce cas une population cible particulière fragilisée et particulièrement à risque de complications. La revue Prescrire est également en accord (33) bien qu'elle émette un bémol sur le fait que tous les sujets à risque ne sont pas forcément en ALD et qu'une partie de ces patients risque d'échapper à cette prévention.

L'aspirine en première intention fait partie des recommandations de la HAS dans de nombreuses indications. Et la revue Prescrire est en accord avec elle (47) (66). Dans ses indications, les niveaux de preuve d'efficacité de l'aspirine sont de grade A, et le recul suffisant pour pouvoir prévenir ses effets indésirables potentiels. L'indicateur ne concerne pas l'efficacité de l'aspirine mais sa supériorité puisqu'il serait prescrit en première intention, et de ce côté-là le recul et les études sont insuffisantes. Le ticagrelor et le prasugrel ne sont encore que peu étudiés et parfois soumis à effets indésirables (67). Le clopidogrel a fait

l'objet de quelques études mais est beaucoup plus coûteux que l'aspirine. L'aspirine pour le moment reste donc une recommandation en première intention.

L'indicateur des IEC vs Sartans semble plutôt un argument économique car les Sartans sont très coûteux. Ils sont une alternative en cas d'effets indésirables des IEC (toux) (68). Si les IEC sont efficaces (69), les sartans n'ont pas démontré leur supériorité par rapport à eux, mais ils ne sont pas non plus inférieurs (70) (71) (72). Du fait de leur coût élevé, il reste recommandé de prescrire, selon la HAS (73), les IEC en première intention. La revue Prescrire est en accord avec cet indicateur (47) même si elle signale d'être vigilant quant aux effets indésirables des sartans (74).

3 indicateurs faisant l'objet de recommandations faisaient également l'objet de controverses ou sont contredits par d'autres études. Il s'agit de la prescription d'aspirine ou d'anticoagulants chez les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire, de la vaccination antigrippale chez le sujet âgé de 65 ans et plus, et du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans.

La prescription d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants chez le diabétique de type 2 à haut risque cardiovasculaire semble poser question. Si la prescription d'antiagrégants plaquettaires fait l'unanimité en prévention secondaire, en prévention primaire, elle est discutée. La HAS la recommande à demi-mot en 2012 « En prévention primaire, une faible dose d'aspirine est envisageable chez les diabétiques à risque vasculaire élevé(...) » (75). L'étude STENO 2 (76) met en évidence qu'une prise en charge multifactorielle des facteurs de risque cardiovasculaire diminue les complications et la mortalité des diabétiques de type 2. Pourtant les dernières études publiées ne mettent pas en évidence de bénéfice à traiter les diabétiques de type 2, même à haut risque cardiovasculaire par antiagrégants plaquettaires et encore moins par anticoagulants (77) (78). Par ailleurs, la synthèse méthodologique de

diverses méta-analyses à ce sujet par Minerva va également à l'encontre de cette prescription (79). L'American Diabetes Association fait elle aussi part de ce sujet à discussion dans ses dernières recommandations 2014 (80). Quant à la revue Prescrire, elle juge cet indicateur « sans preuve solide, voire non conforme aux données de l'évaluation » (33) (81). En revanche l'efficacité de cette prescription est prouvée chez les diabétiques artéritiques.

La vaccination antigrippale chez les sujets de 65 ans et plus est elle aussi discutée (82) (83) mais surtout du fait des gros problèmes de communication qui l'ont affectée depuis la grippe H1N1. La HAS poursuit ses recommandations dans le sens de la vaccination et invite les sujets de 65 ans et plus à se faire vacciner (84). De même, la revue Prescrire est plutôt en faveur de cette initiative (33) (85) (86). Si les effets sont réels chez les sujets ≥ 65 ans à risque ou institutionnalisés, ils sont plutôt modestes, chez les 65 ans et plus non fragilisés, mais les effets indésirables étant faibles, la balance bénéfice risque reste donc favorable selon eux.

En revanche, la discussion est notamment apportée par un rapport récent du CDC (Center for Disease Control) (87) qui met en évidence une faible capacité du vaccin à protéger les populations les plus âgées. Par ailleurs, un rapport complet publié en 2012 du CIDRAP (Center for Infectious Disease Research And Policy) montre que les preuves de l'efficacité de la vaccination chez les plus de 65 ans sont faibles ou nulles selon les études. Enfin Minerva, réajuste l'efficacité de la vaccination aux vues de ses synthèses méthodologiques estimée initialement à 50% mais qui serait en fait de l'ordre de moins de 10% en population générale mais qu'il y aurait une diminution de la mortalité chez les plus de 70 ans qui se feraient régulièrement vacciner (88).

Le dépistage du cancer du sein est l'objet d'une controverse accrue, notamment depuis 2011, à la réactualisation de diverses méta-analyses, et en particulier celle de Gostzsche et Nielsen (89). En 2006-2007, Prescrire avait déjà commencé à soulever le problème (90). Deux camps s'affrontent : d'un côté, la HAS et ses recommandations actuelles qui s'orientent

vers la poursuite d'un dépistage organisé du cancer du sein, bien que les recommandations aient été récemment revues depuis les controverses, et qu'elles soient axées sur une information très claire et loyale de la patiente, elles renforcent quand même la nécessité du dépistage (91) (92). Un recadrage a également été effectué en mars 2013 pour les femmes de 40-49 ans et 75-79 ans non invitées au dépistage (93). D'un autre côté, de nombreuses publications remettent en cause le dépistage organisé du cancer du sein aux vues de la mise en évidence de sur-diagnostic, du sur-traitement ou encore des cancers radio-induits, qui restent malgré tout encore difficiles à évaluer, ainsi que sur une difficile preuve d'efficacité (94) (95) (96). L'analyse de la littérature par Minerva semble aussi montrer des effets seulement très modestes pour le dépistage (97) (98) Les dernières études publiées au sujet du dépistage du cancer du sein mettent cependant en évidence une réduction du risque relatif de mortalité mais avec un sur-diagnostic non négligeable (99) (100). Prescrire de son côté continue l'analyse de la littérature et le combat contre le dépistage organisé du cancer du sein en consacrant bon nombre de ses dossiers à ce sujet (101) (102), et reste bien sûr totalement en désaccord avec l'indicateur (36).

4 indicateurs sont discutables et non clairement recommandés tels quels. Il s'agit des deux indicateurs concernant le LDL cholestérol cible et l'hémoglobine glyquée cible.

En effet, dans la littérature les cibles de LDL cholestérol < 1.5g/l et 1.3g/l ne correspondent à rien. Selon la HAS, les recommandations bien qu'elles datent de 2007, en terme de LDL cholestérolémie sont les suivantes : < 1.9g/l pour le petit nombre de diabétiques de type 2 sans aucun facteur de risque associé sans aucune complication du diabète et avec un diabète évoluant depuis moins de 5 ans, < 1.6g/l pour les diabétiques avec un facteur de risque additionnel et < 1.3g/l avec deux facteurs de risque et un diabète évoluant depuis moins de dix ans, cible abaissée dans les recommandations plus récentes à 1g/l pour les diabétiques à haut

risque cardiovasculaire au même titre que pour les sujets en prévention secondaire (24). De même, les recommandations en termes de cibles de l'American Diabetes Association chez les diabétiques à haut risque se situent à moins de 1g/l, voire sont dans certaines circonstances plus sévères (103). L'European Society of Cardiology est de ce même avis (104). La revue *Prescrire*, si elle confirme la nécessité du traitement des diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire par statines s'interroge également sur les cibles fixées qui, selon elle, sont également trop hautes par rapport aux cibles actuelles demandées (50). Enfin, une lettre ouverte publiée en janvier 2012 ouvre le débat sur les cibles du LDL cholestérol (105).

Les cibles de l'hémoglobine glyquée ne sont également pas les cibles données par les recommandations de la HAS. Les recommandations actuelles sont de 7% pour la majorité des diabétiques (grade B) avec une tolérance jusqu'à 8% sur accord d'expert pour les sujets dont le diabète est d'évolution longue ou compliquée ainsi que pour les sujets âgés, et une tolérance jusqu'à 9% pour les sujets dits malades (48). Les cibles sont plus strictes chez les sujets jeunes et au début de la maladie (6.5%). De même l'American Diabetes Association prévoit une HbA1C < 6.5% dans le meilleur des cas, 7% en général et jusqu'à 8% pour les sujets ayant des hypoglycémies difficilement contrôlables (49). Les chiffres d'hémoglobine glyquée sont difficiles à fixer avec d'une part la nécessité d'être strict pour éviter les complications du diabète (106) (107) (108) mais d'autre part avec le risque d'être délétère si les soins sont trop agressifs (109). La revue *Prescrire* est également perplexe quant à ces cibles car cela ne prend pas en compte le caractère individuel de chaque patient et ne permet pas de prendre en compte tous les facteurs. Si ces limites sont respectées, *Prescrire* redoute que la qualité des soins ne soit pas optimale pour tout le monde (50).

b) Pertinence pratique

				En %
Sur les 29 objectifs pensez-vous pouvoir en remplir...	Selon le genre		Selon l'adhésion au CAPI	
	Femmes	Hommes	Signataires du CAPI	Non signataires du CAPI
La totalité	0,4	3,2	2,3	2,6
La majorité	77,7	81,3	88,1	74,8
Peu	21,7	13,7	9,7	20,1
Aucun	0,2	1,8	0,0	2,4

* ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique.
 ** CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles.
Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.
Sources • DREES, Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux, observatoires régionaux de santé, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, novembre 2012-janvier 2013.

Tableau 3 : Opinion des médecins généralistes sur la réalisation des objectifs de la ROSP selon le genre et l'adhésion au CAPI

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) a publié en février 2014, les résultats d'une enquête des médecins généralistes face à la rémunération à la performance. Parmi les questions posées figurait la question de la réalisation des objectifs (110).

D'après le tableau ci-dessus, quasiment aucun médecin généraliste ne pense pouvoir atteindre la totalité des objectifs et notamment les femmes (0.4%). En revanche, dans la globalité, ils trouvent cela réalisable à 77.7% pour les femmes et 81.3% chez les hommes. Pourtant, dans le même temps, presque un quart des femmes pense que peu sont réalisables (21.7%). Les signataires du CAPI semblent plus optimistes dans la faisabilité et la réalisation des objectifs comparativement aux non signataires du CAPI.

Enfin les médecins généralistes sont quand même près de 2% chez les hommes à penser qu'aucun objectif n'est réalisable (versus 0.2% chez les femmes).

En pratique, y a-t-il une différence entre trouver cela réalisable et le réaliser ? Les

données actuelles concernant la pertinence pratique (faisabilité) des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique sont encore faibles du fait de son instauration très récente. Mais quelques données sont disponibles, mises à disposition par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un rapport édité en avril 2013 sur les objectifs atteints en 2012 (22). Les données 2013 mises à disposition n'ont pas encore été publiées et sont en cours de confirmation.

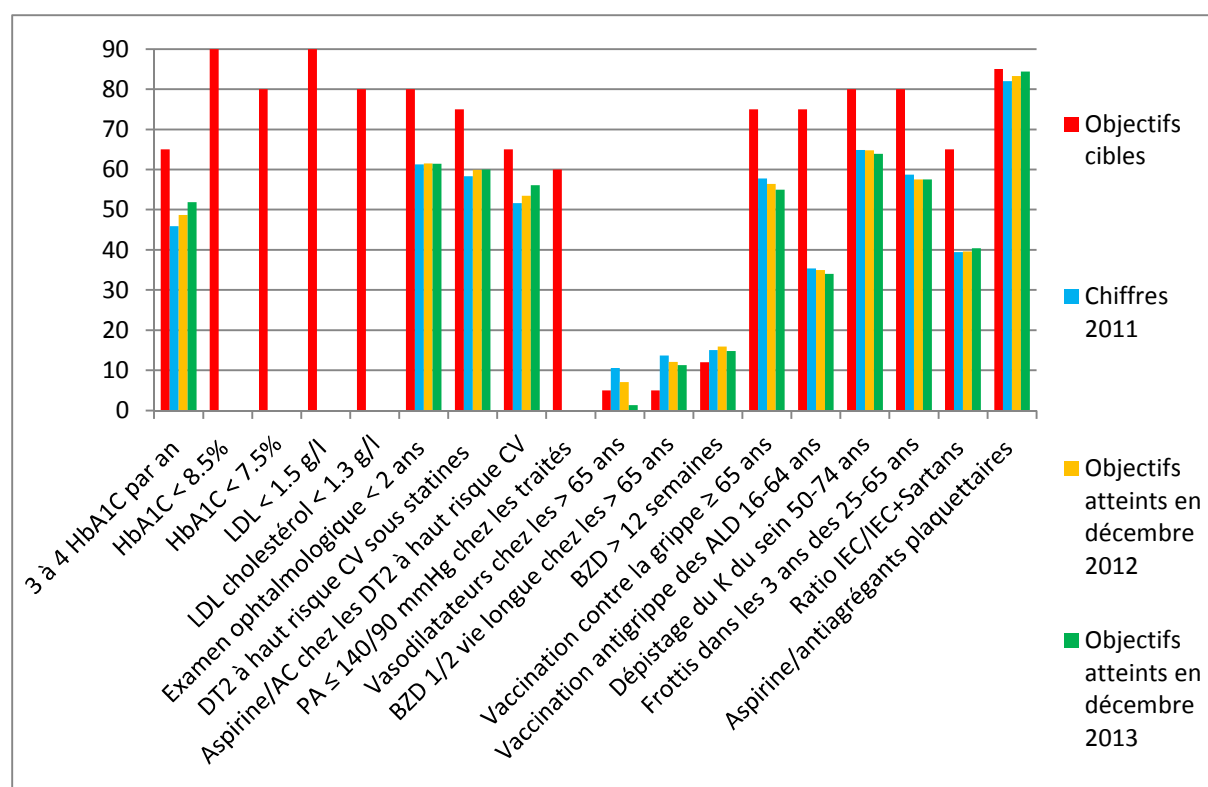


Figure 7 : Résultats par indicateur et en fonction des objectifs cibles à l'échelle Nationale

Aucun des indicateurs étudiés ici n'a été à l'objectif en 2012, et un seul l'a été en 2013. Les indicateurs déclaratifs n'ont pas fait l'objet de données.

Dans la catégorie « suivi des pathologies chroniques », les indicateurs n'étaient pas à l'objectif en 2013 :

- Dosages de l'HbA1C 51.9% (soit environ la moitié des patients) pour une cible à 65%, mais en nette progression par rapport à l'année 2011 (45.9%) et 2012 (48.7%)

- Examen ophtalmologique tous les 2 ans chez les diabétiques : 61.4% pour une cible à 80%, stable par rapport à l'année 2011 (61.3%) et 2012 (61.5%)
- Traitement par statines chez les DT2 à haut risque cardiovasculaire : 60% pour une cible à 75%, mais en nette progression par rapport à 2011 (58.3%) et stable par rapport à 2012 (59.9%)
- Et enfin pour l'aspirine ou l'anticoagulation chez ces mêmes patients : 56.1 % pour une cible à 65%, en progression également par rapport à 2011 (51.6%) et 2012 (53.5%)

Dans ce domaine de suivi des pathologies chroniques l'objectif n'est donc pas atteint mais les données orientent globalement vers une amélioration des pratiques de bon augure pour la suite.

Dans la catégorie « prévention et santé publique », les indicateurs n'étaient pas non plus à l'objectif en 2013 sauf les vasodilatateurs :

- Les vasodilatateurs étaient encore prescrits chez seulement 1.3% de patients de plus de 65 ans pour une cible à 5%, avec une nette amélioration des pratiques par rapport à 2011 (10.6%) et 2012 (7.1%)
- Les benzodiazépines à longue demi-vie étaient encore trop prescrites, 11.3% pour une cible à 5% mais sur la phase descendante par rapport à 2011 (13.7%) et 2012 (12.1%)
- Les benzodiazépines prescrites plus de 12 semaines : 14.8% pour un objectif < 12%, soit en amélioration par rapport à 2011 (15%) après une ascension en 2012 (15.9%)
- La vaccination contre la grippe des 65 ans et plus n'était pas à l'objectif (55% pour une cible à 75%) et a par ailleurs reculé par rapport à 2011 (57.8%) et 2012 (56.4%)
- La vaccination contre la grippe des sujets en ALD de 16 à 64 ans a également reculé, avec un objectif cible loin d'être atteint (35.4% en 2011, 35% en 2012 pour un objectif à 75%) et toujours en baisse en 2013 (34%)

- Le dépistage du cancer du sein est resté stable entre 2011 (64.9%) et 2012 (64.8%) sans atteinte de l'objectif par ailleurs, fixé à 80%, avec une inflexion en 2013 (63.9%)
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus a régressé (57.5%) par rapport à 2011 (58.7%) et est resté stable par rapport à 2012 (57.5%) pour une cible à 80%

Dans ce domaine de prévention et de santé publique, le bilan a donc été en demi-teinte : en progression pour la iatrogénie médicamenteuse (diminution des prescriptions de vasodilatateurs et de benzodiazépines (en durée et de demi-vie longue), mais à la stagnation ou à la régression pour les autres indicateurs.

Dans la catégorie « efficience », les deux indicateurs étudiés n'ont pas atteint l'objectif :

- Le ratio IEC/Sartans a progressé : 40.4% en 2013, 39.6% en 2012 et 39.4% en 2011 pour un objectif à 65%
- La prescription d'aspirine comme antiagrégant plaquettaire a progressé, de 82% en 2011 à 83.3% en 2012 pour presque atteindre l'objectif (85%) en 2013 (84.4%)

Dans ce domaine, l'évolution est plutôt satisfaisante.

Quelle que soit la catégorie étudiée, on a constaté de grandes disparités géographiques comme le montrent les figures ci-dessous concernant la prescription de l'hémoglobine glyquée et la prescription des benzodiazépines. Cependant, dans ces domaines, l'évolution se fait sur le même versant que l'évolution globale, c'est-à-dire à l'amélioration.

Les deux premières cartes par CPAM représentent le niveau de l'indicateur :

- à fin décembre 2011, la définition des classes est faite via la méthode des effectifs égaux (autant de CPAM dans chacune des 4 classes).
- à fin décembre 2012, les classes de décembre 2011 sont conservées afin de visualiser les évolutions. L'amélioration des pratiques se caractérise via des cartes avec une dominance de vert.

La dernière carte par CPAM représente l'évolution en pourcentage entre le taux de fin 2011 et celui de fin 2012.

Exemple : pour la CPAM de l'Aude, les cartes représentant le niveau de l'indicateur montrent que cette caisse reste stable (en jaune) dans la classe 28%-43 %. En revanche, sur la carte d'évolution, cette caisse progresse, l'évolution étant comprise entre 7.9 et 20.8 %.

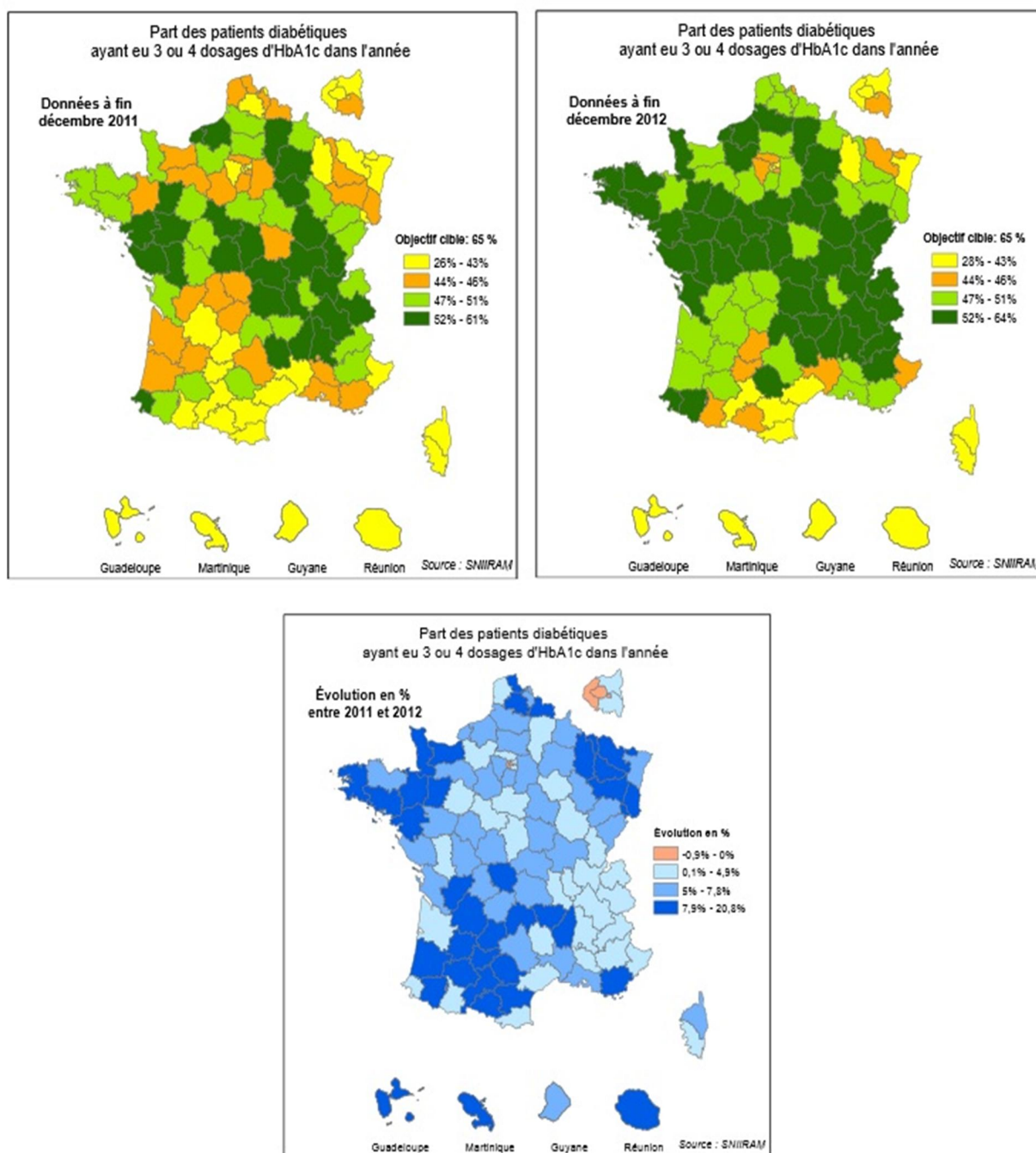


Figure 8 : Disparités des pratiques pour le dosage de l'HbA1C et évolution 2011-2012

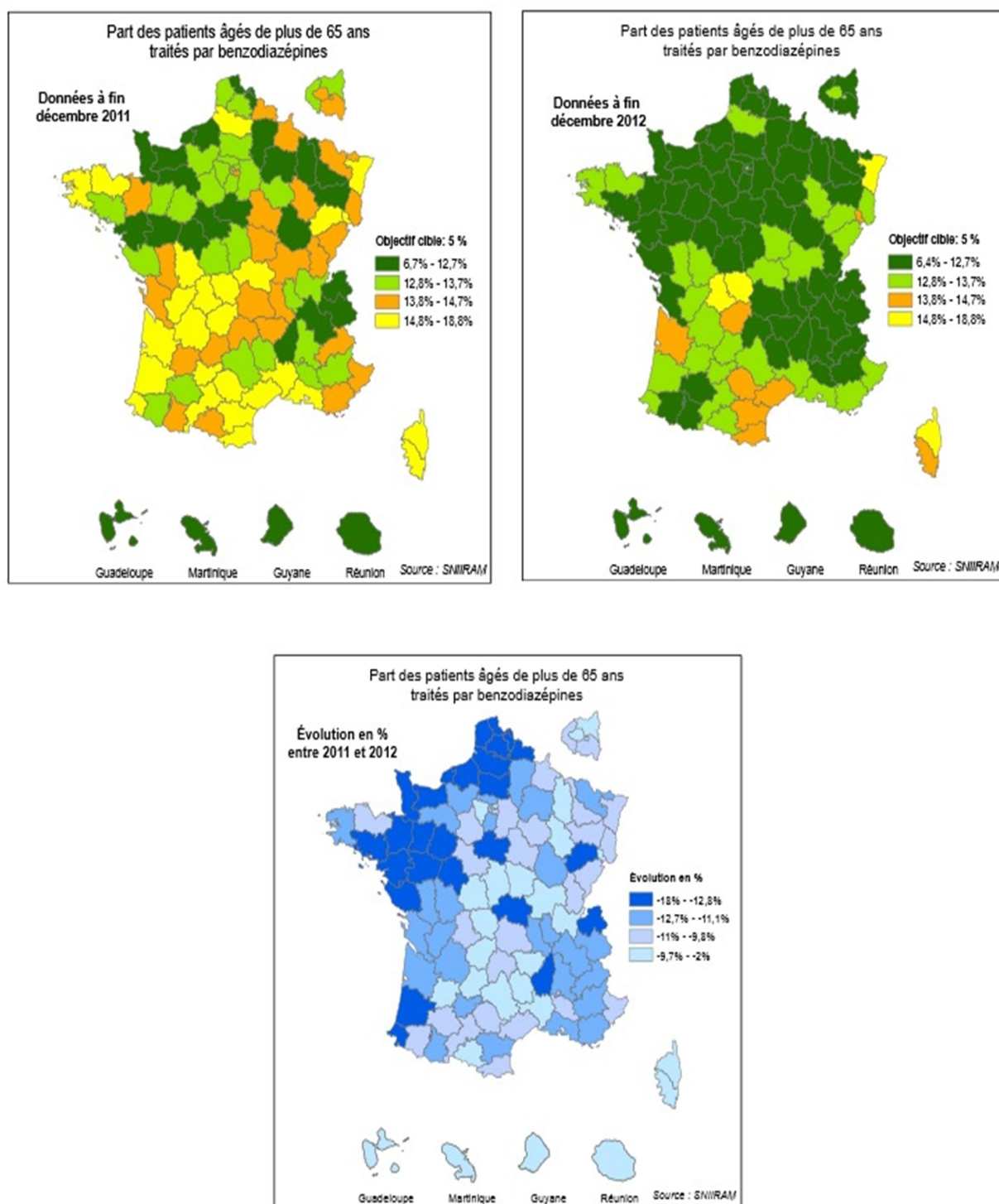


Figure 9 : Disparités des pratiques pour la prescription de benzodiazépines chez les plus de 65 ans et évolution 2011-2012

Ces résultats ont conduit à une rémunération des médecins généralistes à hauteur de 3746 euros en moyenne pour l'année 2012 (soit une hausse de leurs revenus de 3 %), et de 5774 euros pour 2013. Cette rémunération (282 millions d'euros en 2012 et 341 millions en 2013) a été financée par l'ONDAM. Sur les 341 millions, il convient de retrancher 34 et 40 millions d'économies liées respectivement à la suppression des aides à la télétransmission et du CAPI.

2) Questionnaire

a) Résultats démographiques

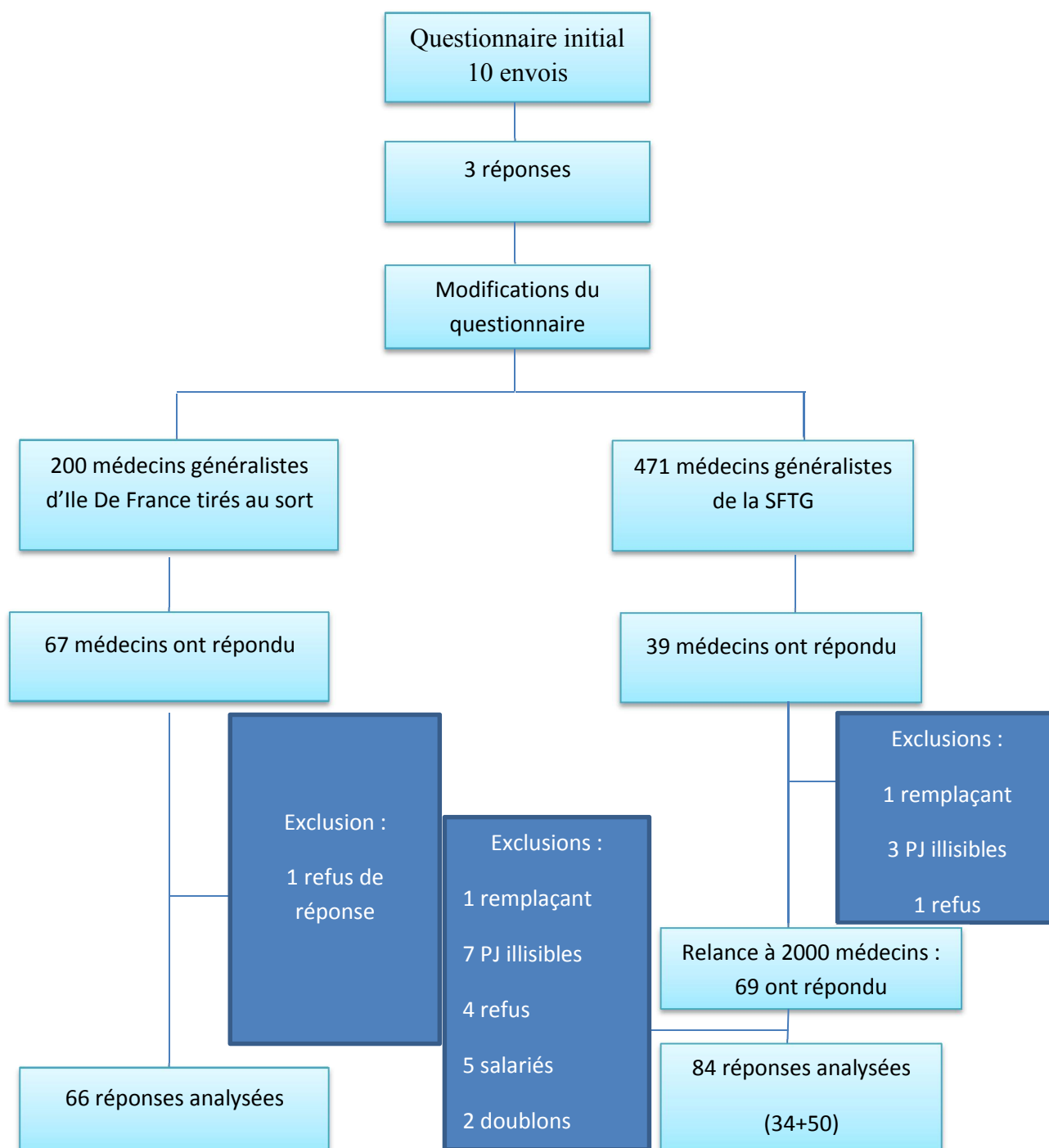


Figure 10 : Aperçu des réponses par population de médecins

La réception des courriers-réponses a été acceptée jusqu'à la date butoir du 31 octobre 2013. Au total, 175 médecins généralistes ont répondu (67 chez les 200 médecins sollicités

par courrier en île de France, soit 33.5 % de réponses ; et 108 chez les 2471 médecins sollicités par e-mail en France et appartenant à la SFTG soit 4.4%). Sur les 67 réponses, une a été exclue, car concernant un refus de réponse et sur les 108 réponses, 24 ont été exclues pour les raisons évoquées figure 1. Au total, 150 courriers ont été analysés.

	<u>SFTG(N :84)</u>	<u>Autres MG(N :66)</u>	<u>Test du Chi2</u>
<u>Age</u>			P : 0.048
25-35 ans	3(3.6%)	4(6%)	
35-45 ans	18(21.4%)	4(6%)	
45-55 ans	28(33.2%)	18(28%)	
55-65 ans	31(37%)	36(54%)	
>65 ans	4(4.8%)	4(6%)	
<u>Sexe</u>			P : 0.015
Masculin	42 (50%)	46(70%)	
Féminin	42(50%)	20(30%)	
<u>>10 ans d'exercice</u>	47(80%)	56(80%)	P : 0.399
<u>Appartenance à une société de formation</u>	69 (82%)	29 (44%)	P : 0.000001
<u>Réception des visiteurs médicaux</u>	23(30%)	39(60%)	P : 0.00009
<u>Adhésion à la nouvelle convention</u>	79(80%)	57(80%)	P : 0.108
<u>Connaissance des indicateurs</u>	73(90%)	48(70%)	P : 0.034

Tableau 4 : Caractéristiques des deux échantillons de médecins généralistes

Les deux échantillons de médecins généralistes étaient comparables en ce qui concerne l'adhésion à la nouvelle convention pour laquelle ils ont globalement adhéré à 80% ($p : 0.108$), mais aussi pour la durée d'exercice de plus de 10 ans ($p : 0.399$).

Les deux groupes se ressemblaient pour l'âge, mais n'étaient pas comparables, à la limite de la significativité ($p : 0.048$), avec un panel plus âgé chez les médecins généralistes de ville, et différaient également quant au sexe ($p : 0.015$), avec une population plus masculine chez les médecins ne faisant pas partie d'une société de formation. La connaissance des indicateurs de la rémunération à la performance différait aussi entre les deux groupes malgré une bonne connaissance globale (70 et 90%) ($p : 0.034$).

Enfin, les deux échantillons différaient considérablement sur l'adhésion à une société de formation : $p : 0.000001$, et sur la réception des visiteurs médicaux (faible chez les médecins de la SFTG), $p : 0.00009$.

(Annexe p.12).

b) Pertinence médicale

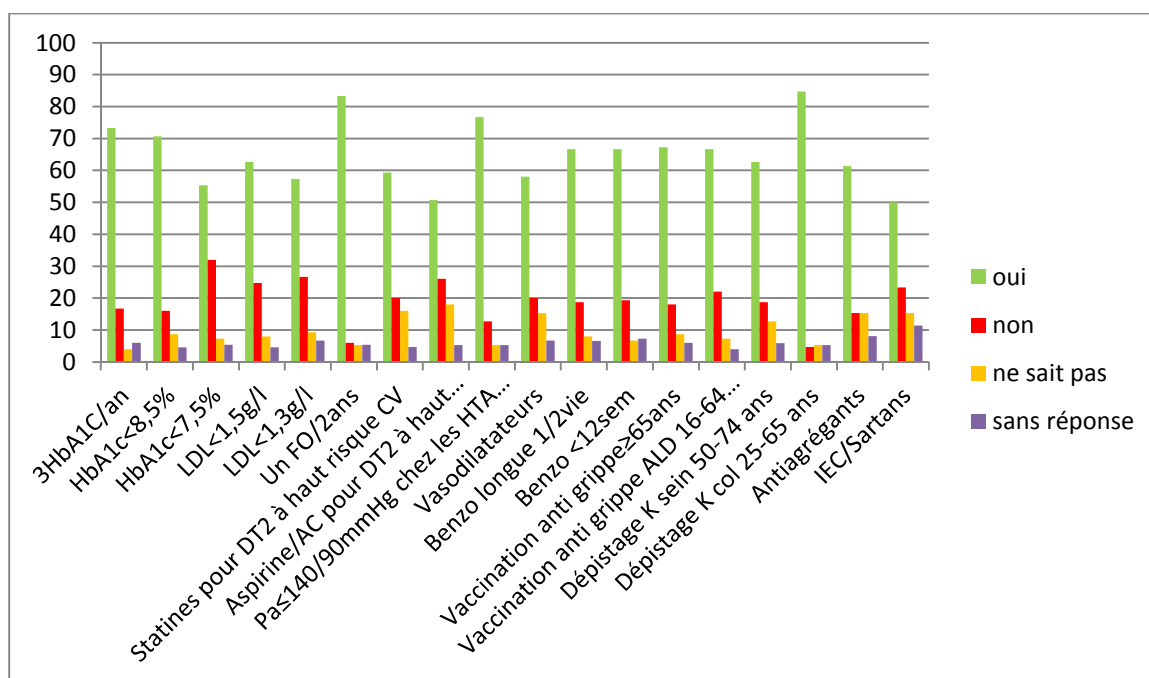


Figure 11 : Réponses de tous les médecins confondus en pourcents

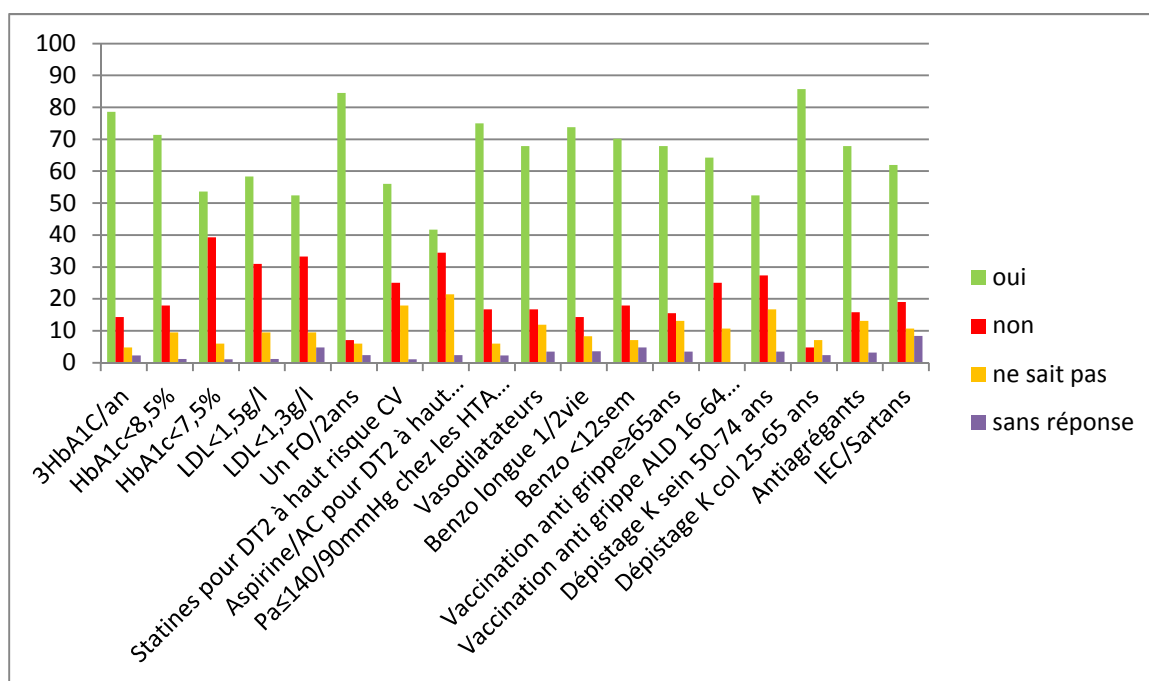


Figure 12 : Réponses des médecins de la SFTG en pourcents

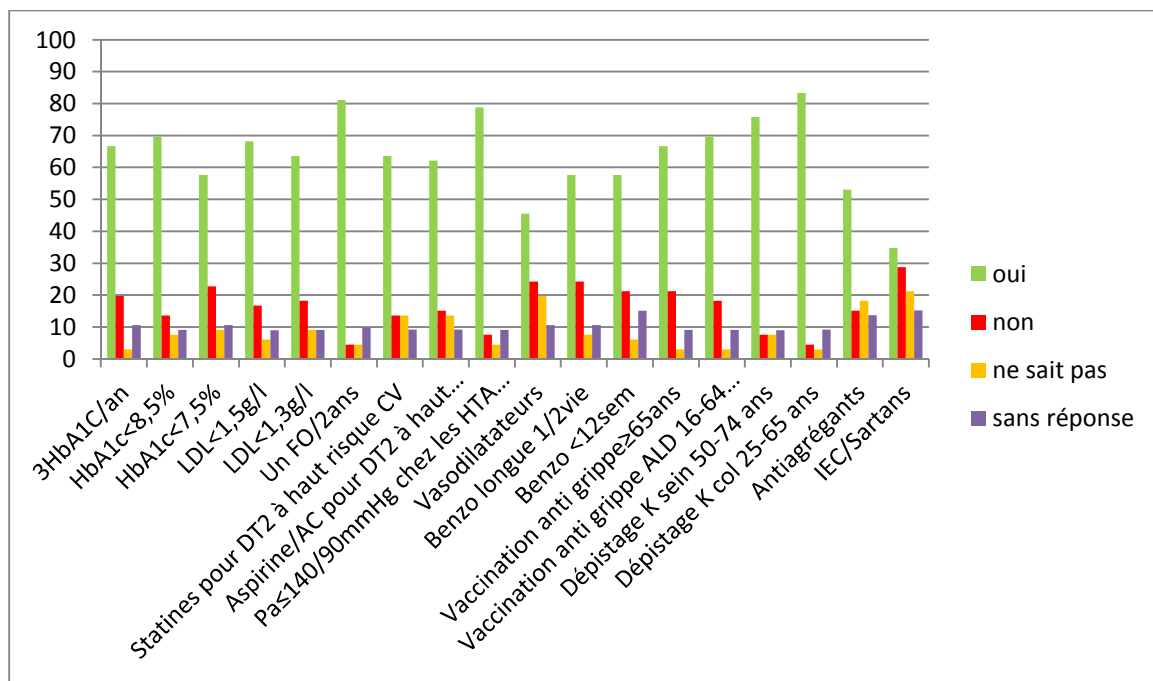


Figure 13 : Réponses des médecins généralistes "non SFTG" en pourcents

Les médecins généralistes ont répondu « oui » à plus de 50%, en faveur de la pertinence sur le plan médical théorique de tous les indicateurs sauf pour les IEC/Sartans (50%). Les trois indicateurs obtenant le plus de « oui » ont été le dépistage du cancer du col (84.7%), le fond d'œil tous les deux ans (83.3%), et la pression artérielle $\leq 140/90\text{mmHg}$ chez les sujets traités (76.7%). Les trois indicateurs ayant des réponses plus mitigées ont été la prescription des IEC/Sartans (50%), la prescription d'aspirine pour les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire (50.7%) et l'HbA1C<7.5% (55.3%). Il y a globalement eu peu de réponses « ne sait pas » (moins de 18%) et peu d'absence de réponse (moins de 12%).

Pour l'échantillon des médecins généralistes appartenant à la SFTG, on a observé des réponses majoritairement positives (>50%), en faveur de la pertinence des indicateurs sur le plan médical sauf pour la prescription de l'aspirine chez les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire (41.7%). Les trois indicateurs recueillant le plus d'accords étaient le dépistage du cancer du col de l'utérus (85.7%), le fond d'œil tous les deux ans (84.5%) et

enfin les 3 HbA1C/an (78.6%) (la pression artérielle n'arrivant qu'en quatrième position avec 75%). Les trois indicateurs recueillant le moins de réponses positives, et semblant poser question chez les médecins de la SFTG (en dehors de la prescription d'aspirine) ont été le dépistage du cancer du sein (52.4%), le LDL<1.3g/l (52.4%) et l'HbA1C<7.5% (53.6%), les IEC/Sartans étant plus loin derrière. Les réponses « ne sait pas » ont été inférieures à 18% et les absences de réponse inférieures à 8.5%.

Pour l'échantillon de médecins généralistes ne faisant pas partie de la SFTG, les réponses étaient en faveur d'une bonne pertinence médicale de tous les indicateurs à plus de 50% sauf pour la prescription des IEC/Sartans (34.8%) et des vasodilatateurs (45.5%). Les trois indicateurs semblant les plus pertinents étaient le dépistage du cancer du col de l'utérus (83.3%), le fond d'œil (81.1%) et la pression artérielle inférieure à 140/90mmHg chez les sujets traités (78.8%). Les indicateurs semblant semer le doute chez ces médecins généralistes étaient (en dehors des deux indicateurs cités ci-dessus ne recueillant pas la majorité des voix) : la prescription d'aspirine comme antiagrégant plaquettaire (53%), et ex-aequo à 57.6% l'HbA1C<7.5%, la prescription des benzodiazépines de longue demi-vie ainsi que l'indicateur concernant la durée de prescription des benzodiazépines. L'aspirine dans cet échantillon pour les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire ne semblait pas poser question (62.1% de oui), de même que le cancer du sein (75.8%). Les réponses « ne sait pas » ont été inférieure à 21.2% et l'absence de réponse a atteint au maximum 15.2%.

(Les résultats bruts des médecins SFTG, non-SFTG, et des médecins confondus sont détaillés annexes p.125 à 127)

	P (par test du Chi2)	Odds ratio
3 HbA1C par an	0.499	1.625 IC (0.679-3.888)
HbA1C<8.5%	0.839	0.783 IC (0.315-1.947)
HbA1C<7.5%	0.176	0.538 IC (0.255-1.137)
LDL<1.5g/l	0.136	0.461 IC (0.204-1.039)
LDL<1.3g/l	0.138	0.449 IC (0.202-0.997)
Fond d'œil tous les 2 ans	0.813	0.657 IC (0.157-2.748)
Statines pour DT2 à haut risque CV	0.228	0.480 IC (0.198-1.162)
Aspirine ou AC pour DT2 à haut risque CV	0.008	0.294 IC (0.126-0.688)
PA≤140/90mmHg chez les traités	0.291	0.433 IC (0.146-1.281)
Prescription de vasodilatateurs	0.061	2.171 IC (0.935-5.043)
Prescription de BZD de longue ½ vie	0.193	2.175 IC (0.929-5.092)
Prescription de BZD <12 semaines	0.774	1.343 IC (0.586-3.081)
Vaccination anti grippe≥65ans	0.085	1.395 IC (0.596-3.268)
Vaccination anti grippe ALD de 16 à 64 ans	0.161	0.671 IC (0.298-1.509)
Dépistage du cancer du sein 50-74 ans	0.001	0.191 IC (0.067-0.546)
Dépistage du cancer du col de l'utérus 25-65 ans	0.596	0.982 IC (0.211-4.569)
Antiagrégants	0.456	1.253 IC (0.496-3.161)
Prescription IEC/Sartans	0.009	2.685 IC (1.175-6.136)

Tableau 5 : Seuils de significativité entre les deux échantillons pour chaque indicateur (pertinence médicale).

L'analyse des réponses par le test du Chi 2 a mis en évidence une différence statistiquement significative entre les réponses formulées par les deux échantillons pour la prescription d'aspirine chez les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire (p : 0.008), la réponse oui n'étant pas associée aux médecins de la SFTG mais aux médecins généralistes, et ce de manière significative : OR 0.294 IC (0.126-0.688). Par ailleurs il existait une différence statistiquement significative entre les réponses des deux échantillons de médecins pour le dépistage du cancer du sein (p : 0.001) avec une réponse positive non associée aux médecins de la SFTG et ce de manière significative également : OR : 0.191 IC (0.067-0.546). Enfin, on notait également une différence significative en ce qui concernait la prescription d'IEC par rapport aux Sartans (p : 0.009) avec cette fois une réponse positive associée aux médecins de la SFTG : OR 2.685 IC (1.175-6.136).

On notait enfin un OR (sur deux variables) significatif à 0.449 IC (0.202-0.997) pour le LDL<1.3g/l (réponses positives non associées aux médecins de la SFTG) mais sans significativité pour le test du chi2 (sur trois variables).

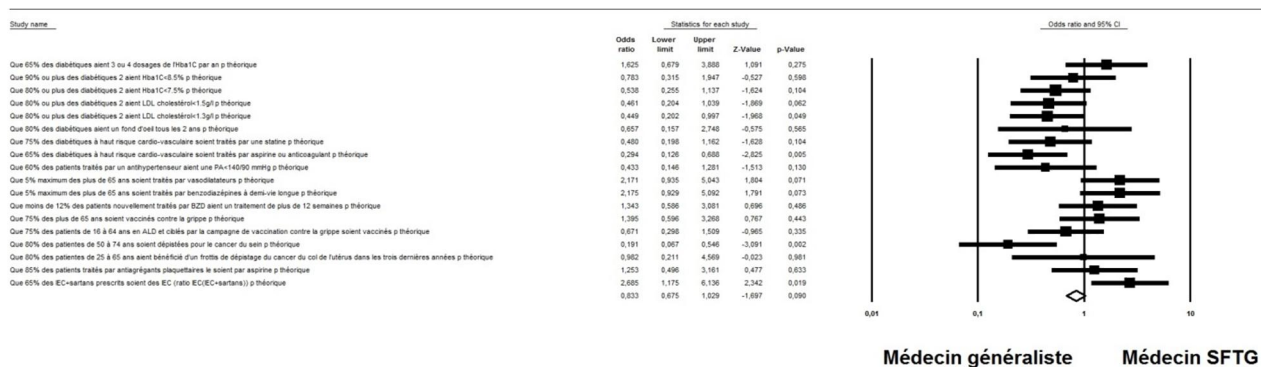


Figure 14 : Pertinence médicale : réponses positives et type de médecins généralistes

Le Forest Plot (figure 14) (Agrandissement Annexe p.128) montre que la réponse positive globale concernant la pertinence médicale des indicateurs de la rémunération à la performance était principalement associée aux médecins généralistes n'appartenant pas à la SFTG, mais sans différence statistiquement significative entre les deux groupes. Par indicateurs, trois faisaient clairement l'objet d'un désaccord entre les deux groupes. Ce sont ceux mentionnés ci-dessus.

c) Pertinence pratique

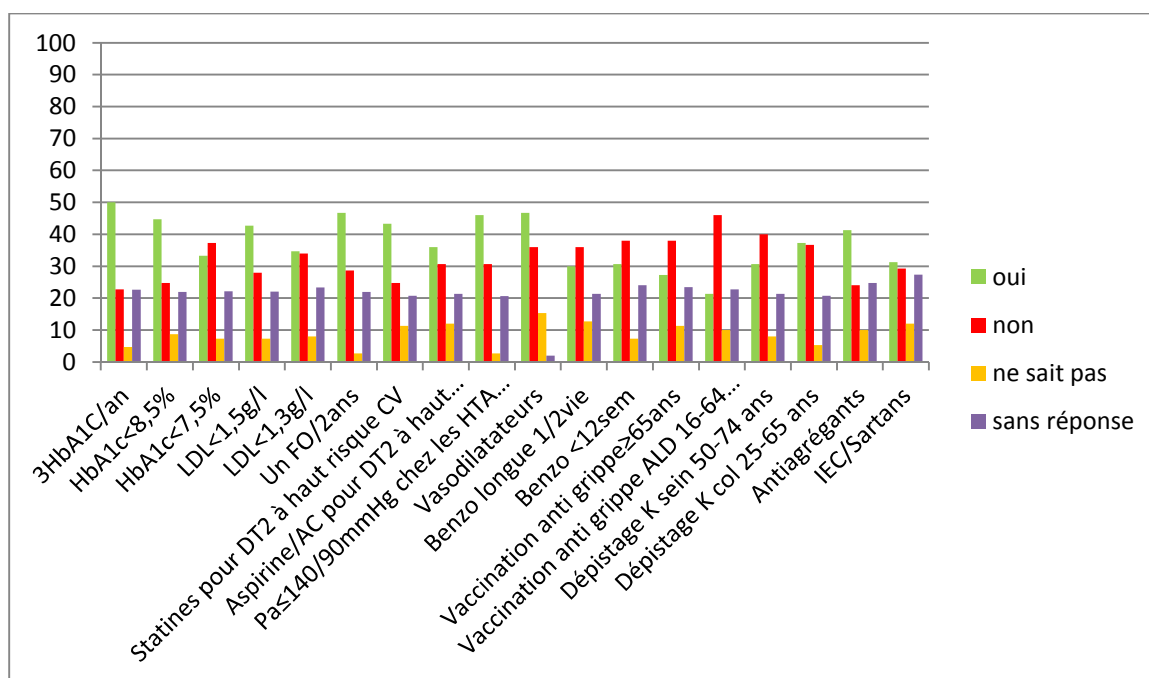


Figure 15 : Réponses de tous les médecins généralistes confondus

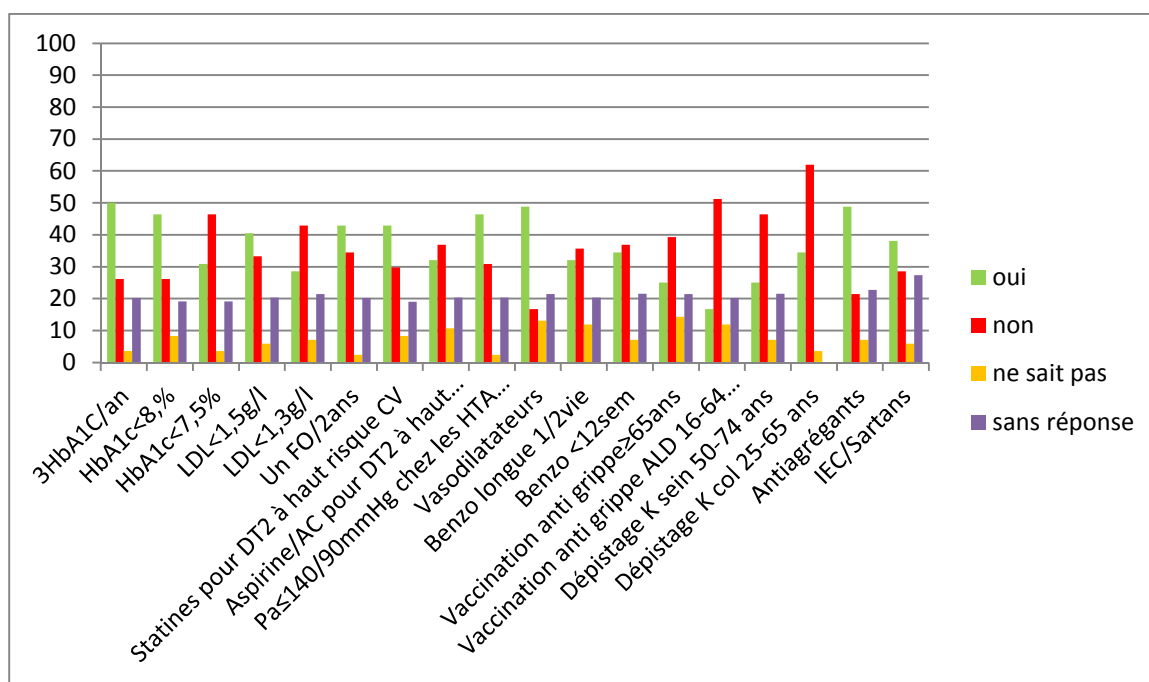


Figure 16 : Réponses des médecins de la SFTG en pourcents

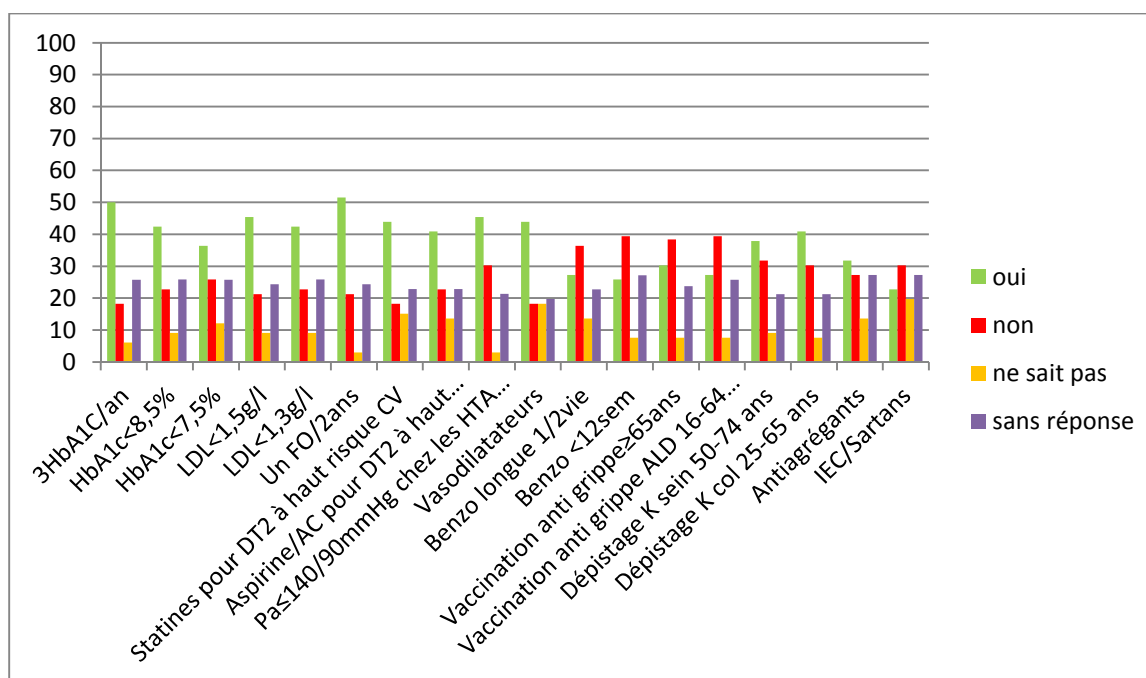


Figure 17 : Réponses des médecins généralistes "non SFTG" en pourcents

Les médecins généralistes ont globalement répondu « oui » à 50% ou moins, en défaveur de la pertinence pratique des indicateurs de la rémunération à la performance. Les trois indicateurs qui frôlaient la pertinence sont les 3 HbA1C par an (50%), la prescription de vasodilatateurs (46.7%), ex-aequo avec le fond d'œil. En revanche, ont recueilli une minorité (relative) de « oui » et une majorité (relative) de « non » : la vaccination antigrippale des patients de 16 à 64 ans en ALD (21.3% vs 46%), la vaccination antigrippale des patients ≥ 65 ans (27.3% vs 38%), et le dépistage du cancer du sein (30.7% vs 40 %), ex aequo avec la prescription de benzodiazépines moins de 12 semaines (30.7% vs 38%). Les réponses « ne sait pas » ont atteint le maximum de 15.3%, et les sans réponses s'élevaient à plus d'un quart 27.4%. 5 indicateurs recueillaient une majorité relative de « non ».

Pour l'échantillon de médecins généralistes appartenant à la SFTG, les réponses « oui » ont été inférieures à 50% (ou égale pour l'HbA1C trois fois par an), en défaveur de la pertinence des indicateurs de la rémunération à la performance sur le plan pratique. Les trois

indicateurs frôlant la pertinence étaient (en dehors de l'HbA1C trois fois par an) : la prescription d'aspirine comme antiagrégant plaquettaire (48.8%), ex-aequo avec les vasodilatateurs, et la pression artérielle $\leq 140/90$ mmHg (46.4%) ex aequo avec l'HbA1C $<7.5\%$. (Arrivait juste ensuite le fond d'œil (42.9%)). En revanche ont recueilli une minorité (relative) de « oui » et une majorité (relative ou absolue) de « non » : la vaccination antigrippale des patients en ALD (16.7% vs 51.2%), la vaccination antigrippale des sujets ≥ 65 ans (25% vs 39.3%), ex aequo avec le dépistage du cancer du sein (25% vs 46.4%). Obtenait également une majorité absolue de « non » le dépistage du cancer du col de l'utérus (61.9%). Les réponses « ne sait pas » ont été de l'ordre de moins de 14.3%, quant à l'absence de réponse, elle a rejoint les 27.4% maximum. La moitié des indicateurs (9/18) a recueilli une majorité relative ou absolue de « non » quant à la pertinence pratique.

Pour les médecins généralistes n'appartenant pas à la SFTG, la réponse par l'affirmative à la pertinence des indicateurs de la rémunération à la performance a été pour l'ensemble des indicateurs pris individuellement inférieure ou égale à 50% sauf pour le fond d'œil (51.5%). Les indicateurs qui ont frôlé la pertinence ont été l'HbA1C trois fois par an (50%), la PA $\leq 140/90$ mmHg (45.4%) ex-aequo avec le LDL <1.5 g/l, et le LDL <1.3 g/l, comme l'HbA1C $<8.5\%$ (42.4%). La vaccination antigrippale des sujets en ALD ou des sujets âgés, et la prescription de benzodiazépines de longue demi-vie ou de durée inférieure à 12 semaines ont obtenu le moins de oui (27.3%, 30.3%, 27.3% et 25.8%) et le plus de non (39.4%, 38.4%, 36.4% et 39.4%). La prescription d'IEC a obtenu 22.7% de oui et 30.3% de non. Les réponses « ne sait pas » ont atteint 19.7% maximum et l'abstention 27.3%. 5 indicateurs ont recueilli une majorité relative de « non ».

(Les résultats bruts des médecins SFTG, non-SFTG, et des médecins confondus sont détaillés annexes p.125 à 127)

	P (par test du Chi2)	Odds ratio
3 HbA1C par an	0.495	0.694 IC (0.3-1.605)
HbA1C<8.5%	0.939	0.950 IC (0.420-2.148)
HbA1C<7.5%	0.017	0.472 IC (0.213-1.046)
LDL<1.5g/l	0.274	0.567 IC (0.253-1.271)
LDL<1.3g/l	0.037	0.357 IC (0.158-0.805)
Fond d'œil tous les 2 ans	0.237	0.511 IC (0.232-1.128)
Statines pour DT2 à haut risque CV	0.174	0.596 IC (0.256-1.386)
Aspirine ou AC pour DT2 à haut risque CV	0.177	0.484 IC (0.214-1.093)
PA≤140/90mmHg chez les traités	0.967	1 IC (0.471-2.122)
Prescription de vasodilatateurs	0.656	2.175 IC (0.929-5.092)
Prescription de BZD de longue ½ vie	0.837	1.200 IC (0.538-2.677)
Prescription de BZD <12 semaines	0.657	1.431 IC (0.647-3.164)
Vaccination anti grippe≥65ans	0.395	0.764 IC (0.341-1.712)
Vaccination anti grippe ALD de 16 à 64 ans	0.161	0.470 IC (0.201-1.102)
Dépistage du cancer du sein 50-74 ans	0.126	0.452 IC (0.206-0.993)
Dépistage du cancer du col de l'utérus 25-65 ans	0.245	0.614 IC (0.287-1.311)
Antiagrégants	0.1	1.952 IC (0.844-4.517)
Prescription IEC/Sartans	0.013	1.778 IC (0.757-4.174)

Tableau 6 : Seuils de significativité entre les deux échantillons pour chaque indicateur (pertinence pratique).

L'analyse des réponses par le test du Chi2 a mis en évidence une différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concernait le dosage de LDL< 1.3g/l (p : 0.037), avec une réponse « oui » non associée aux médecins de la SFTG OR : 0.357 IC (0.158-0.805).

On notait par ailleurs une différence significative pour l'HbA1C<7.5% et la prescription d'IEC (respectivement p : 0.017 et p : 0.013), avec des odds ratios ici non significatifs : respectivement OR 0.472 IC (0.213-1.046) et OR 1.778 IC (0.757-4.174). De même, on notait une différence significative entre les deux groupes pour le dépistage du cancer du sein sur l'odds ratio (OR : 0.452 IC (0.206-0.993)) mais pas sur le « p » par test du Chi2 p : 0.126.

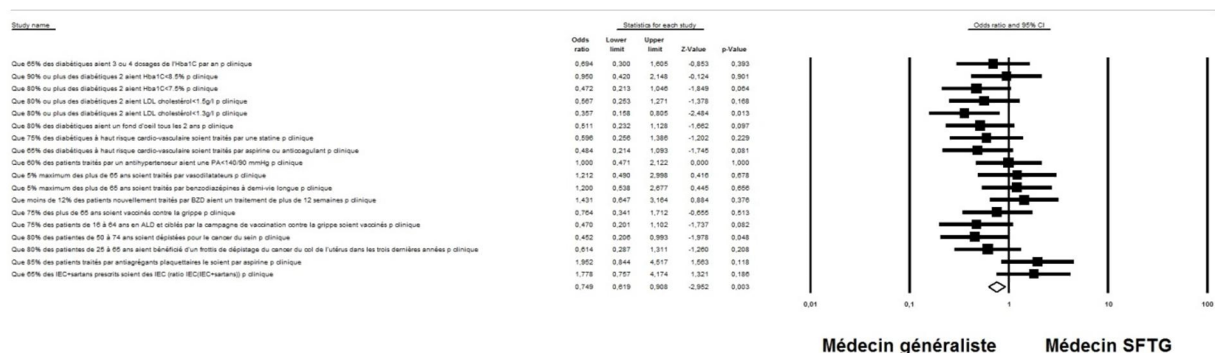


Figure 18 : Pertinence pratique : réponses positives et type de médecins généralistes

Le Forest Plot (figure 18) (Agrandissement Annexe p.129) montre que les médecins généralistes avaient plus tendance à répondre oui que les médecins de la SFTG et ce de manière significative. On a retrouvé une différence significative entre les réponses des deux groupes pour le LDL cholestérol<1.3gl.

d) Pertinences médicale et pratique confondues

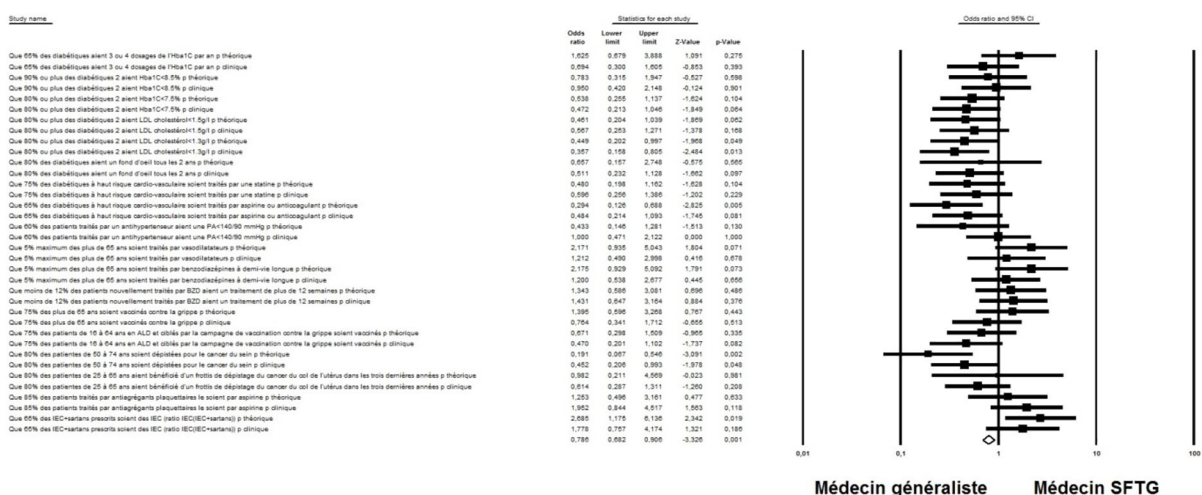


Figure 19 : Questionnaire entier : réponses positives et type de médecins généralistes

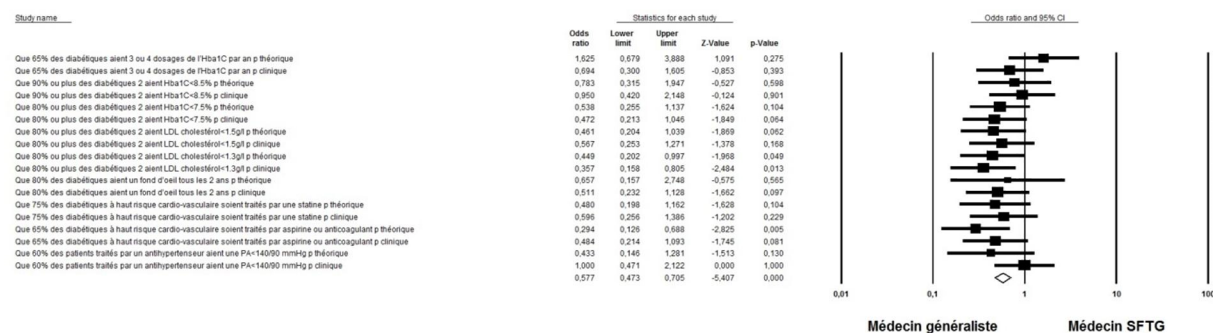


Figure 20 : Indicateurs de suivi des pathologies chroniques : réponses positives et type de médecins généralistes

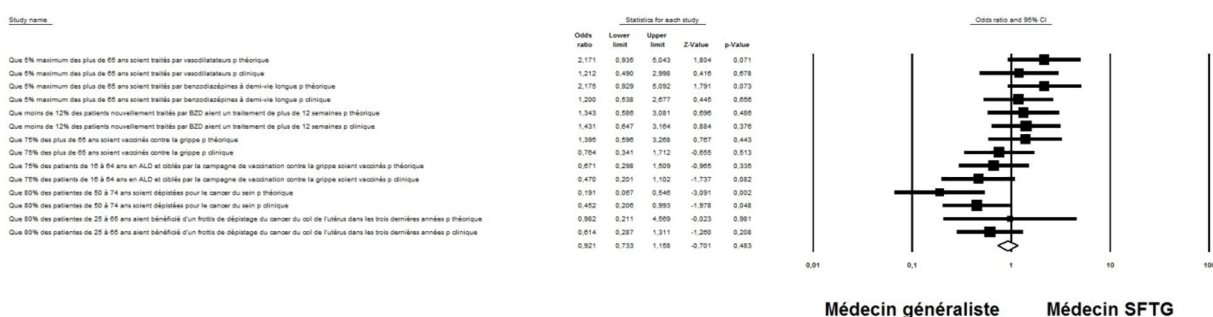


Figure 21 : Indicateurs de prévention et de santé publique : réponses positives et type de médecins généralistes

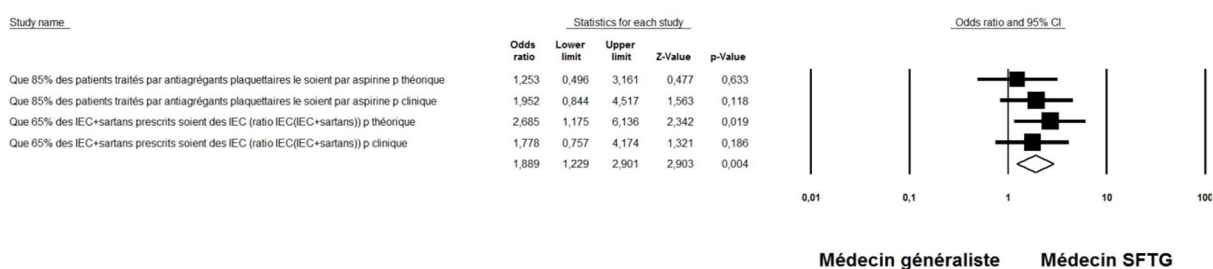


Figure 22 : Indicateurs d'efficacité : réponses positives et type de médecins généralistes

Les médecins généralistes n'appartenant pas à la SFTG ont eu tendance à répondre oui globalement à l'ensemble du questionnaire, et donc à la pertinence médicale et pratique des indicateurs, et ce de manière statistiquement différente des médecins généralistes de la SFTG.

Par groupe d'indicateurs, on retrouvait cette tendance pour les indicateurs de pathologie chronique. Cette tendance existait également pour les indicateurs de santé publique mais elle n'était pas statistiquement différente de la tendance des réponses des médecins généralistes de la SFTG. En revanche, la tendance était inverse pour les indicateurs d'efficience : les médecins de la SFTG ont eu tendance à répondre oui à la pertinence médicale et pratique de ces indicateurs, de manière statistiquement différente des réponses des autres médecins généralistes.

Les différences entre les indicateurs pris individuellement ont été remises en évidence ici mais ont déjà fait l'objet de résultats exprimés ci-dessus. (Les figures 19 à 21 sont agrandies Annexes p.130 à 133).

e) Pertinence des seuils

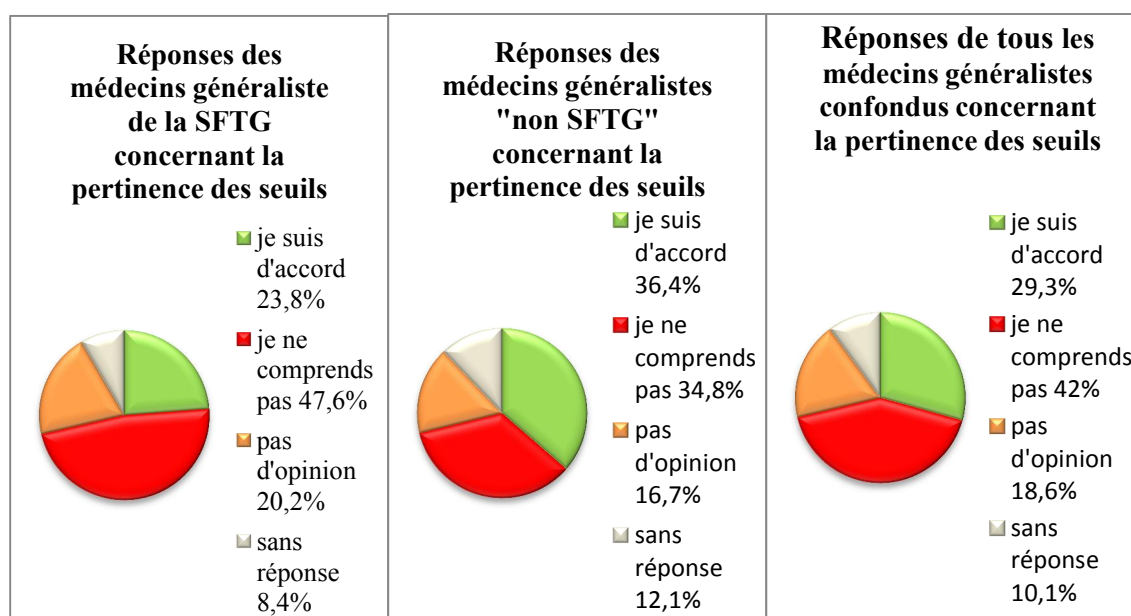


Figure 23 : Réponses concernant la pertinence des seuils

A la question « que pensez-vous des pourcentages attribués aux indicateurs ? », les médecins généralistes de la SFTG ont plutôt répondu qu'ils ne les comprenaient pas et qu'ils n'étaient aucunement fondés à presque 50%. Les médecins généralistes « non SFTG » étaient plutôt partagés entre l'accord et le désaccord à 36.4% vs 34.8%. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux échantillons ($p : 0.162$ et $OR : 0.479$ IC (0.219-1.050)) avec au total tout de même, tous les médecins confondus, un scepticisme évident quand aux seuils attribués aux indicateurs de la rémunération à la performance.

DISCUSSION

1) Discussion de la méthode

a) Points forts

Ce travail a pour principal atout d'être un travail global, ne comprenant pas qu'une seule vision des choses. Il met en parallèle des données objectives de la littérature et l'opinion, subjective, des médecins généralistes, principaux concernés par cette rémunération sur objectifs de santé publique.

La première partie du travail, même si elle n'est pas exhaustive, ratisse tout de même une très grande partie de la littérature. Elle a été réalisée, de manière indépendante, sans tenir compte des références avancées par la CPAM (étudiées seulement après), afin de rester totalement non influençable quant à la pertinence des indicateurs.

La seconde partie du travail concerne le questionnaire. Celui-ci a pour point fort d'avoir été réalisé de manière multicentrique c'est-à-dire sur les différents départements d'Ile-de-France pour les courriers, et sur la France entière et les DOM-TOM pour les envois par mail. Par ailleurs, les médecins ont été tirés au sort, donc choisis au hasard ce qui limite les biais de sélection dans chaque catégorie, bien que le choix de la SFTG puisse être discuté, ce qui sera développé ultérieurement. Un autre point intéressant est le taux de réponse des médecins généralistes interrogés par courrier qui s'est élevé à 33% et qui nous a surpris. Nous pensions avoir peu de retours courriers et plus de retours par e-mail. Ce qui a probablement permis d'atteindre ce taux est peut-être la présence d'une enveloppe retour timbrée et pré-adressée à l'intérieur du courrier envoyé aux médecins. Le lieu d'adressage n'était pas un facteur déterminant puisque tous les départements d'Ile-de-France ont eu globalement le

même taux de réponse. L'autre hypothèse a pu également être l'enthousiasme porté au sujet puisque plusieurs médecins l'ont manifesté à travers leurs courriers, attendant d'ailleurs un retour sur les résultats de ce travail.

Par ailleurs, les indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique de nature « médicale » ont tous été retenus pour l'étude ; il n'y a pas eu de sélection particulière. Les indicateurs organisationnels et d'efficience (prescription de génériques) ont été volontairement exclus car ne concernant pas à proprement parler la santé des patients. Mais tous les autres ont été analysés, permettant d'avoir un travail complet, voire une étude presque exhaustive de ces indicateurs.

Enfin, un autre élément important à noter est que l'analyse statistique a été réalisée par un médecin, non généraliste, statisticien, qui l'a réalisée sans connaissance des résultats de la littérature et sans connaissance des autres résultats du travail, renforçant la fiabilité des résultats.

b) Points faibles

Il existe également des limites à notre étude. Tout d'abord, en ce qui concerne la revue de la littérature, qui n'est pas exhaustive et qui peut difficilement l'être, même si les principaux domaines de données référencés pour les médecins généralistes ont été étudiés, afin d'avoir une revue la plus fiable possible et la plus proche de celle du médecin généraliste, il va de soi qu'il existe d'autres articles non étudiés à propos de la rémunération sur objectifs de santé publique.

En ce qui concerne le questionnaire adressé aux médecins généralistes, il est à regretter le faible taux de réponse des médecins de la SFTG, ce qui a constitué en conséquence, un faible échantillon pour notre travail, ce qui peut être un point faible pour les

résultats. Pourtant, dans un premier temps, l'idée de l'envoi par mail, outre son côté économique, était son côté pratique, et nous pensions, au contraire, bénéficier de plus de réponses. L'hypothèse qui peut être faite quant à ce faible taux de réponse est le manque d'anonymat lié au mail, même si les fichiers réponses étaient anonymisés, le mail de réponse initial contenait en général le nom du répondeur. Ceci a pu être un frein à de nombreuses réponses. Par ailleurs, il est possible qu'une partie des mails ait été directement dans les courriers indésirables. Ceci a tout de même dû être limité car l'envoi s'est fait à partir de la boîte mail de la SFTG afin que les adhérents reçoivent un mail de provenance connue. Enfin, cela peut également être expliqué par des difficultés à remplir le questionnaire ou à le renvoyer, ce dont nous ont fait part certains médecins. Nous avons aussi remarqué que les réponses aux mails (initial et de relance) ont toujours été quasiment immédiates, dans les 2-3 jours suivant le mail. Ainsi une dernière hypothèse est l'oubli si la réponse n'était pas immédiate, le manque d'envie ou d'intérêt pour le sujet, ou encore peut être une grande sollicitation des médecins pour les thèses et l'impossibilité de répondre à toutes.

Le choix de la SFTG comme unique représentant des médecins adhérant à une société de formation peut être discuté. En effet, il a pu constituer un biais de sélection puisque les autres médecins, appartenant à d'autres sociétés de formation ne sont pas représentés. Néanmoins, c'est une base de données qui était accessible, tandis que sans adhésion, nous n'aurions pas pu obtenir les coordonnées des médecins généralistes appartenant à d'autres sociétés de formation.

Une autre limite à aborder est l'absence de comparabilité totale entre les deux groupes. En effet, les médecins généralistes adhérant à la SFTG et non adhérant différaient bien sur leur appartenance à une société de formation, ce qui nous permettait de comparer leurs réponses, mais ils différaient aussi sur l'âge et le sexe, (les médecins appartenant à la SFTG étant plus jeunes et plutôt mixtes (hommes/femmes)), ainsi que sur la connaissance des

indicateurs et la réception des visiteurs médicaux. Ainsi les résultats doivent être relativisés car probablement non attribuables au seul facteur « adhésion ou non à une société de formation », bien que les autres points de différence semblent en relation parfaite avec l'adhésion ou non à une société de formation : la connaissance des indicateurs, meilleure chez les médecins à jour de leur formation, et la réception de visiteurs médicaux, moindre chez les médecins visant une formation indépendante et donc probablement également indépendante des laboratoires.

Enfin, un biais d'évaluation serait possible du fait du grand nombre de résultats à analyser, et du grand nombre de calculs à réaliser, d'autant que l'ensemble des résultats ont été saisis manuellement. Cependant, plusieurs vérifications ont été réalisées par mes soins, ainsi que par le statisticien, indépendamment l'un de l'autre ce qui limite grandement les erreurs.

2) Discussion des résultats

a) Pertinence médicale : littérature versus avis des médecins généralistes

3 indicateurs sont pertinents sur le critère de jugement principal : les statines chez les DT2 à haut risque cardiovasculaire, les vasodilatateurs et le dépistage du cancer du col. 8 indicateurs sont pertinents sur le critère de jugement secondaire : les dosages d'hémoglobine glyquée trois/quatre fois par an, le fond d'œil, la pression artérielle, les prescriptions de benzodiazépines (2 indicateurs), la vaccination antigrippale chez les sujets de 65 ans et plus (bien que soumise à discussion), et en ALD de 16-64 ans, l'aspirine comme antiagrégant plaquettaire. 4 ne sont pas pertinents car ils ne relèvent ni du critère de jugement principal ni

du critère de jugement secondaire, ce sont les cibles du LDL cholestérol et de l'hémoglobine glyquée. 3 ne sont pas pertinents car même s'ils relèvent de recommandations, il existe une différence significative entre les 2 groupes de médecins généralistes, ce qui ne remplit pas totalement le critère de jugement secondaire : la prescription d'antiagrégants plaquettaires chez les DT2 à haut risque cardiovasculaire, le dépistage du cancer du sein, et les IEC.

La comparaison de la revue de la littérature et de l'avis des médecins généralistes permet d'établir une certaine concordance. Il semble que globalement les médecins généralistes soient en accord avec les données de la HAS et les recommandations actuelles puisque presque tous les indicateurs ont été considérés comme pertinents, tous médecins confondus, en dehors de la prescription des IEC versus Sartans, limite (50%). Si l'on prend individuellement chaque catégorie de médecins, les indicateurs décrits comme non pertinents ne sont pas les mêmes puisqu'il s'agit de la prescription d'aspirine chez les DT2 à haut risque cardiovasculaire pour la SFTG et des IEC et vasodilatateurs pour les « non-SFTG ».

Si l'on regarde de plus près, concernant les 3 indicateurs relevant d'études de grade A/B (le dépistage du cancer du col de l'utérus, la prescription de statines chez les DT2 à haut risque cardiovasculaire, et la limitation des prescriptions de vasodilatateurs), les données de la littérature et l'avis des médecins généralistes sont moins superposables, en dehors du dépistage du cancer du col de l'utérus qui fait l'unanimité et arrive en tête de la pertinence dans les deux groupes. En effet, la prescription de statines chez les DT2 à haut risque cardiovasculaire n'arrive qu'en neuvième position chez les « non-SFTG », et même en quatorzième position pour la SFTG c'est-à-dire dans les moins pertinents. Par ailleurs, la limitation de la prescription des vasodilatateurs est même considérée comme non pertinente par les « non-SFTG », alors qu'il arrive en huitième position pour la SFTG. Pour les statines, quelques commentaires ont été laissés par les médecins à l'encontre de celles-ci de par leurs effets indésirables, de par également la notion d'évaluation du risque cardiovasculaire global,

ne rendant pas systématique leur prescription. Pour les vasodilatateurs, il semble y avoir eu une confusion entre la pertinence de l'indicateur de non prescription et la pertinence de la prescription car les commentaires laissés par les médecins qu'il s'agisse d'un accord ou d'un désaccord sont les mêmes : pas de bénéfice prouvé du service médical rendu notamment, ce qui peut en partie expliquer les résultats (Annexes p135 et 144). L'autre explication réside dans l'objectif cible porté à cet indicateur qui n'est pas nul. Les médecins généralistes pensent que si la prescription est inutile et a prouvé ses effets délétères, alors il est inutile d'en prescrire, et l'objectif devrait être, pour eux, à 0%, ce qui les place en désaccord avec l'indicateur.

Enfin, pour les 3 indicateurs soumis à controverse (dépistage du cancer du sein, vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus, prescription d'aspirine ou d'anticoagulants chez les diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire) et les 4 indicateurs discutés (cibles de LDL et d'HbA1C), il semblerait que les médecins de la SFTG soient plus avisés. L'aspirine chez le DT2 à haut risque CV était considéré comme non pertinent, quant au dépistage du cancer du sein, l'HbA1C<7.5% et le LDL<1.3g/l, ils faisaient partie des indicateurs considérés comme les moins pertinents (même si >50% de oui) ce qui correspond aux controverses actuelles. Dans le groupe des médecins n'appartenant pas à une société de formation, aucun ne ressort dans les moins pertinents sauf l'HbA1C<7.5%. Le LDL ne semble pas poser problème, ni le dépistage du cancer du sein ou l'aspirine. D'ailleurs, on note que les différences statistiquement significatives observées entre les deux groupes concernent principalement les sujets à controverse (sauf pour les IEC). Il est à noter que pour le LDL la différence est tout juste significative pour les odds ratios mais non significative en test du χ^2 , significativité probablement masquée par les personnes sans opinion (qui ne sont pas prises en compte dans le test par odds ratio).

Les médecins appartenant à une société de formation semblent donc plus au fait des sujets soumis actuellement à discussion. On peut aussi noter parallèlement, en référence au forest plot présenté dans les résultats, que les médecins généralistes n'adhérant pas à une société de formation ont une tendance plus facile à être en accord avec ce qui est proposé, et à être moins critiques. Notons tout de même que la comparabilité des deux groupes différant sur d'autres critères, l'appartenance à la société de formation n'est peut-être pas la seule explication.

En conséquence, la comparaison des données objectives de la littérature et « subjectives » des médecins généralistes paraît rassurante et les médecins semblent travailler au fait des recommandations. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'analyse qualitative des commentaires apportés aux questionnaires par les médecins généralistes (dont les résultats sont fournis en annexe p.134-145) où les réponses concernant la pertinence médicale sont souvent basées sur les recommandations. Les seuls bémols apportés par les médecins étant le plus souvent les effets indésirables mais surtout, en priorité, le caractère individuel et unique du patient, avec ses facteurs de risques associés, son environnement,...etc ne permettant pas parfois la pertinence de l'indicateur pour tous, même en théorie, sur le plan médical, il ne peut pas être adaptable à tous.

b) Pertinence pratique : littérature versus avis des médecins généralistes

Sur le critère de jugement choisi, aucun indicateur n'est pertinent. Aucun ne recueille à la fois plus de 50% des voix des médecins généralistes et est à l'objectif en pratique.

La comparaison de la littérature et de l'avis des médecins généralistes est ici un peu plus délicate. Si l'on regarde la littérature, aucun des indicateurs étudiés n'est à l'objectif, sauf la limitation des prescriptions de vasodilatateurs. Les 3 indicateurs qui sont les plus près des

objectifs sont l'aspirine comme antiagrégant plaquettaire, et les deux indicateurs concernant les benzodiazépines. Les plus loin des objectifs sont la vaccination antigrippale des sujets en ALD, le dépistage du cancer du col de l'utérus, et la prescription d'IEC versus Sartans. Pour les médecins généralistes, aucun indicateur n'est réalisable, sauf pour le fond d'œil. Les trois plus réalisables sont les 3 HbA1C par an, les vasodilatateurs et le fond d'œil. Cela diffère un peu selon la catégorie de médecins (3 HbA1c par an, vasodilatateurs et aspirine comme antiagrégant plaquettaire pour la SFTG, ce qui correspond plus à la littérature, fond d'œil, 3 HbA1c par an, et pression artérielle pour les médecins n'appartenant pas à la SFTG). Pour les indicateurs les moins faisables et les moins réalisés, les données de la littérature et des médecins généralistes quelle que soit la catégorie s'accordent sur la vaccination antigrippale des sujets en ALD. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est également mentionné par les médecins de la SFTG comme le moins faisable. Les IEC ne sont cités par aucune des deux catégories de médecins généralistes : la SFTG donnant le dépistage du cancer du sein et les non-SFTG donnant les benzodiazépines de demi-vie longue et de plus de 12 semaines, les plus atteints en pratique.

Par ailleurs, concernant la pertinence pratique, les deux groupes de médecins généralistes sont plutôt en accord, la principale différence résidant sur le LDL cholestérol < 1.3g/l. Les deux autres différences observées concernent l'HbA1C < 7.5% et les IEC statistiquement différents sur le test du Chi 2 mais pas sur les odds ratios, très probablement la conséquence d'un manque de puissance par baisse de l'échantillon, ou la conséquence de l'impact des répondants « ne sait pas ».

Les médecins généralistes toutes catégories confondues sous estiment grandement la faisabilité et l'atteinte des objectifs de ces indicateurs, car en réalité, ils sont tous atteints à plus de 50% (données manquantes pour les indicateurs déclaratifs). Dans leur idée, la non-faisabilité de tous ces indicateurs est principalement la conséquence de plusieurs facteurs.

Pour le suivi des pathologies chroniques les facteurs limitant la faisabilité sont d'ordre matériel : difficultés d'accès aux laboratoires dans certains endroits isolés, donc la répétition des examens est contraignante, manque d'accès à certaines spécialités et notamment les ophtalmologistes ; d'ordre médical : les effets indésirables (notamment pour les statines...), mais sont surtout d'ordre humain, liés à une relation complexe, impliquant parfois plusieurs intervenants et ne permettant pas au médecin généraliste de tout centraliser (consultations hospitalières notamment pour le diabète), et impliquant surtout le patient qui est finalement le seul à décider s'il réalise ou non les examens prescrits, s'il suit ou non son traitement, le problème d'observance peut être un frein à l'atteinte des objectifs. Enfin un dernier élément interpelle les médecins : le raisonnement « groupé » et non individuel, et le manque d'adaptabilité de ces indicateurs à tous. (Annexes p.137-138, p.143-144).

Pour les indicateurs de prévention et de santé publique, la faisabilité est limitée pour les médecins par des problèmes humains à nouveau et notamment par l'accoutumance des patients à leur traitement et notamment aux benzodiazépines, refusant l'arrêt ; par des problèmes de communication des politiques et notamment dans le domaine de la prévention ce qui a mis à mal notamment la vaccination antigrippale par exemple et enfin la complexe place du médecin généraliste par rapport au gynécologue (en accès direct), faisant échapper un bon nombre de femmes des consultations et rendant difficile le dépistage (problème du qui fait quoi ou qui a fait quoi ?). (Annexes p.138-139, p.144).

Pour les indicateurs d'efficience, les deux arguments principaux sont les effets indésirables et notamment la toux sous IEC ne permettant pas toujours de les privilégier, et l'intervention souvent en seconde ligne des médecins généralistes, après un traitement la plupart du temps instauré en milieu hospitalier par les cardiologues au décours d'un épisode aigu. (Annexes p.139 et p.145).

Malgré toutes les raisons invoquées par les médecins interrogés, qui sont totalement fondées et recevables, il est à noter curieusement que les données ne sont pas en accord avec l'étude de faisabilité menée par la DREES. En effet, les médecins sont là bien plus optimistes quant à la faisabilité puisqu'ils sont près de trois quarts à penser que les objectifs sont atteignables sur la majorité des indicateurs, ce qui est plus en accord avec les résultats actuels fournis par l'Assurance Maladie. Il est probable que les populations étudiées ne soient pas comparables. Il est à noter qu'une partie des médecins interrogés par la DREES faisait partie du CAPI (nous ne savons pas si ceux que nous avons interrogés y adhéraient). Comme les indicateurs sont en partie les mêmes, il était peut-être plus facile pour eux d'évaluer la faisabilité des indicateurs actuels. Par ailleurs les régions étudiées divergeaient, nous avons recueilli les avis des médecins d'Ile-de-France, tandis que l'étude de la DRESS concernait la Bourgogne, les Pays de la Loire, et la région PACA. De plus l'étude menée par la DRESS ne s'est pas déroulée à la même période. Pourtant cela aurait dû avoir l'effet inverse, puisque menée plus tard, la nôtre aurait dû montrer des résultats plus proches de la réalité. Enfin, nous pouvons également nous poser la question de savoir si notre questionnaire était assez clair pour permettre aux médecins généralistes de répondre correctement par rapport au questionnaire formulé par la DRESS.

Il est à noter également un grand nombre de « sans réponse » dans cette partie faisabilité ce qui peut être à l'origine des discordances de résultats mais aussi à l'origine des si faibles taux de faisabilité, qui sont donc à prendre avec précaution.

c) Pertinence globale

Sur les critères de jugement principaux et secondaires, la majorité des indicateurs de la ROSP sont pertinents sur le plan médical, mais ne le sont pas sur le plan pratique. Par ailleurs,

il n'existe pas de lien entre faisabilité et pertinence médicale. Les indicateurs les plus faisables ne sont pas forcément les plus pertinents et vice versa.

Si l'on fait une représentation graphique des réponses des médecins généralistes SFTG et non-SFTG par un forest plot (cf résultats et annexes), la pertinence globale (médicale et pratique confondues) est positive pour les médecins généralistes non SFTG avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Cependant il s'agit d'une représentation graphique permettant d'avoir une tendance et non d'un résultat statistique interprétable comme tel. D'ailleurs il n'y avait pas de critère de jugement établi pour la pertinence globale. Les différences se situaient globalement pour les indicateurs de suivi des pathologies chroniques et pour les indicateurs d'efficacité. Les médecins généralistes non-SFTG ont donc une tendance plus facile à être en accord avec ce système. L'adhésion à une société médicale indépendante de formation peut être une explication à cette différence. Les adhérents semblant plus critiques et plus opposants.

d) Pertinence des seuils

La question de la pertinence des seuils interpelle beaucoup de médecins généralistes. Tout comme eux, nous sommes en droit de nous poser la question du choix des objectifs cibles. Sur quoi est-il basé ? Pourquoi varient-ils autant (60-90%) ?

Les cibles correspondent, pour les indicateurs communs au CAPI, aux cibles fixées à l'époque pour celui-ci. Elles doivent donc correspondre à des attentes précises et définies comme acceptables et accessibles au regard des populations consultantes et du travail des médecins généralistes.

La première hypothèse qui peut être formulée est que les seuils les plus bas seraient attribués aux indicateurs les moins pertinents et les seuils les plus hauts aux indicateurs les

plus pertinents : cela paraît logique pour les cibles de pression artérielle (cible 60%), pour l'aspirine et les anticoagulants à faible dose chez les diabétiques de type 2 (cible 65%) et pour les IEC (cible 65%) qui sont remis en question dans la littérature et/ou par les médecins généralistes ; logique également pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, à haut niveau de preuve (cible 80%), les statines chez les diabétiques de type 2 (cible 75%), mais pas pour le dosage de l'HbA1c par exemple dont la cible est à 65% alors que d'autres indicateurs remis en cause ont des cibles plus élevées, et notamment le dépistage du cancer du sein, dont la cible est à 80 %.

La seconde hypothèse pourrait reposer sur la difficulté de l'exercice et attribuer des seuils plus bas aux indicateurs dont on sait qu'ils sont plus difficiles à atteindre et plus hauts aux indicateurs faciles d'accès. Une fois de plus cela paraît réfuté, car si la valeur de la pression artérielle est un paramètre variable et la poursuite d'une cible difficile, la cible à 60% paraît raisonnable, mais pas pour les dosages de l'hémoglobine glyquée ou du LDL cholestérol qui sont tout autant variables et difficiles à atteindre, et pour qui les cibles sont entre 80 et 90%.

La troisième hypothèse serait de se baser sur une estimation des sujets n'entrant pas dans le cadre de l'indicateur. Par exemple, pour le dépistage du cancer du col, les femmes de 25-65 ans ne pouvant bénéficier du dépistage (vierges, hystérectomisées...) représentent-elles 20%, ou encore la proportion de patients ne pouvant bénéficier d'un traitement par IEC par rapport à un sartan (toux, allergies, effets secondaires...) représente-t-elle 35%. Cela ne semble pas être une bonne réponse non plus.

Une autre hypothèse pourrait être une évaluation numérique fiable des objectifs permettant d'estimer la population cible à atteindre afin de réduire la mortalité de nos patients et de leur assurer d'excellents soins.

En réalité, les objectifs cibles ont été fixés par l'Assurance Maladie après avoir réalisé un état des lieux des pratiques médicales. Pour chaque indicateur, une évaluation a été faite, et l'objectif cible a été placé un peu au-dessus des valeurs atteintes par les médecins généralistes afin de fixer un objectif qui soit atteignable, et qui permette en même temps une marge de progression. Il est à supposer que si ces objectifs sont atteints, alors une révision pourra être formulée et ceux-ci revus à la hausse.

e) Regard global sur les indicateurs

Aucun système d'évaluation n'est parfait, celui-ci a au moins le mérite d'avoir été construit et mis en place par l'Assurance Maladie. Il existe ainsi des points forts à ces indicateurs.

D'abord, ils recouvrent différents axes de la médecine, l'organisationnel et le médical, et à travers le médical, différents champs de la pratique : le suivi, la prévention, et l'efficience.

Certes ils ne peuvent s'appliquer à tous, mais il existe des exceptions dans tous les domaines, et les indicateurs retenus peuvent déjà correspondre à une majorité de patients et ainsi assurer déjà, un bon relevé des pratiques.

Par ailleurs, l'avantage de ce dispositif, pour les médecins y participant avec attention et honnêteté, est de permettre un regard extérieur, ou nouveau sur leurs pratiques et de mettre le doigt sur des dysfonctionnements passés jusque-là inaperçus (pourquoi ne jamais avoir initié un traitement à Mr X pour qui les consultations de cette année ont révélé à plus de trois reprises une PA élevée par exemple). Il leur permet de se remettre en question régulièrement et de faire le point sur leurs pratiques, ce qui n'était peut-être pas fait régulièrement jusque-là. Enfin, il permet de valoriser le travail des médecins généralistes en assurant cette prime à la performance, et en rémunérant, par un autre biais que par l'acte, leur travail.

Bien sûr, il existe forcément des limites.

D'abord quant au principe même du dispositif, qui ne peut assurer une évaluation fiable. La part déclarative des indicateurs de la ROSP est non négligeable (puisqu'elle représente 40% de la rémunération), pourtant, il n'existe pas vraiment de système de vérification et il se peut que les médecins ne prennent pas tous le temps de relever exactement les données et en fasse une estimation approximative, par manque de temps. Par ailleurs, parfois les données sont manquantes car non récupérables pour certains patients suivis pour leurs pathologies chroniques à l'hôpital ou par un spécialiste et dont les résultats ne transitent pas par le médecin traitant. Pour la part non déclarative et issue des données de l'Assurance Maladie, l'évaluation n'est pas forcément celle du médecin généraliste puisque les données ne font pas la différence entre les prescripteurs mais juste si l'examen a été fait ou non.

Ensuite, en ce qui concerne les indicateurs à proprement parler, leur pertinence médicale, bien qu'elle soit généralement conforme aux recommandations, peut-être remise en question par certains puisqu'ils ne peuvent être applicables à tous, et parfois difficilement généralisables en fonction des patientèles. Quelle validité par exemple pour les sujets très âgés ? Quelle application possible pour les régions isolées ou l'accessibilité à certains examens est bien plus compliquée qu'ailleurs ? Et la médecine évolue tellement vite que certains indicateurs font déjà l'objet de polémiques ou de doutes (exemple du cancer du sein), d'où une limite supplémentaire à ces indicateurs « élus » pour cinq ans. Dans le cadre de la pertinence pratique, les limites sont surtout celles de l'implication du patient et de la relation médecin-malade, car l'atteinte des objectifs passe par le médecin généraliste, initiateur et prescripteur des soins, mais aussi par le patient, au centre des soins et de leur application. La prise de décision doit être partagée et les modalités acceptées par les deux intervenants de la relation pour pouvoir espérer de bons résultats. Ainsi l'atteinte des objectifs ne passe pas uniquement par le travail du médecin et n'est pas une évaluation pure de celui-ci.

C'est peut-être aussi dans ce cadre que l'Assurance Maladie a fait une répartition des points et des objectifs telle qu'elle est : les principaux points attribués sont organisationnels (presque 31% des points : 400/1300), et concernent également l'efficacité (31% également 400/1300), où le médecin est le plus souvent décideur (prescriptions médicales de génériques), bien que les patients soient de plus en plus réticents et refusent l'achat de génériques. Enfin les points attribués aux deux autres catégories sont de 250 pour chaque soit à peine 20%... à moins que ce ne soit dans un intérêt économique : la majorité des points pour les indicateurs engendrant le plus d'économies, ou encore dans un intérêt meilleur, celui du patient.

CONCLUSION

Le principe de la rémunération à la performance pose question car les données de la littérature actuellement disponibles sur l'efficacité de cette dernière ne tranchent pas sur une amélioration de la morbi-mortalité.

D'après la revue de la littérature, les indicateurs de cette rémunération sur objectifs de santé publique semblent globalement pertinents sur le plan médical, mais ils sont souvent issus d'études de faibles niveaux de preuve ou de recommandations d'experts et certains d'entre eux font l'objet de controverses, ce qui remet en cause la pertinence du choix de quelques indicateurs. Le dépistage du cancer du sein, ou la prescription des antiagrégants plaquettaires chez les diabétiques de type 2 posent question actuellement. De même, les cibles du LDL cholestérol sont très variables d'un pays à l'autre, et les valeurs sont remises en cause, par différents auteurs, et par les recommandations de l'American College of Cardiology et de l'American Heart Association.

Par ailleurs, d'autres indicateurs vont peut-être prochainement être discutés et notamment la cible de la pression artérielle. Si les dernières recommandations du Jnc8 (the Eighth Joint National Committee) recommandent encore une $PA \leq 140/90$ mmHg, elles commencent à nuancer selon la tranche d'âge, ainsi dès 60 ans, la cible deviendrait 150/90 mmHg.

Sur le plan pratique, les bilans de 2012 et 2013 montrent que les objectifs sont encore loin d'être atteints, et que si certaines pratiques s'améliorent, d'autres stagnent ou régressent, ce qui laisse un bilan partagé à deux ans de l'instauration de la ROSP.

Pour les médecins généralistes, l'analyse est la même : les indicateurs de la rémunération à la performance semblent pertinents sur le plan médical, et semblent correspondre à de bonnes pratiques à suivre, mais leur faisabilité est très questionnée et l'atteinte des objectifs semble bien difficile du fait de plusieurs facteurs, ne remettant pas en

cause les compétences du médecin et ne témoignant pas forcément d'une mauvaise pratique médicale. Les deux groupes de médecins interrogés vont en ce sens, bien que quelques différences existent, surtout sur les sujets à controverse, et qu'il semble que les médecins appartenant à une société de formation soient plus critiques que les médecins n'y adhérant pas.

Ainsi la pertinence des indicateurs de la ROSP est en demi-teinte, avec un système probablement imparfait mais qui a le mérite d'avoir été instauré et qui est actuellement en cours d'évaluation.

Bien sûr, des questions subsistent : si les indicateurs sont pertinents individuellement, à priori, la poursuite de ces indicateurs, à postériori, dans le cadre d'une rémunération sur objectifs, s'intègre-t-elle bien dans une pertinence de soins délivrés aux patients ? Ne risque-t-il pas d'y avoir des dérives ? Les soins ne risquent-ils pas d'être orientés ? Et cela fera-t-il vraiment baisser la mortalité tout en étant source d'économies ?

La ROSP va-t-elle, ou même, doit-elle faire changer nos pratiques ? C'est actuellement l'objet de nombreuses questions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Irdes. Historique des conventions médicales. 2013, 16 pages

Consultable :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf>

2. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Journal Officiel, 25.09.2011, texte : 0223;16, 16080-16242

3. Commission des comptes de Sécurité Sociale. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Extrait du rapport de la Commission des comptes, 2011, p. 128-131

Consultable : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf

4. Décision du 28 septembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie abrogeant la décision du 9 mars 2009 relative au contrat d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés. Journal Officiel, 20.11.2011, texte n°14, 19517

5. Avis relatif à l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. Journal Officiel, 31.05.2012, texte : 0125;67, 9422-9424

6. Avis relatif à l'avenant n° 10 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. Journal Officiel, 07.06.2013, texte : 0130;132, 9532-9535

7. Béraud C. La rémunération à la performance. Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins, 2012, n°22, 1 page
8. Prescrire Rédaction. Les liens P4P font-ils conflit ? Revue Prescrire, 2013, vol. 33, n°359, p. 708-709
9. Saint Lary O et coll. Why Did Most French GPs Choose Not to Join the Voluntary National Pay-for-Performance Program? Plos One, 2013, DOI: 10.1371/journal.pone.0072684
10. Dupagne D. Pourquoi l'évaluation/rémunération sur indicateurs ne marche pas. De la critique de Lucas à la loi de Goodhart. Médecine, 2013, vol.9, p. 389-391
11. Prescrire Rédaction. Non merci je ne veux pas être payé sur résultats par la Sécurité sociale. Revue Prescrire, 2013, vol.33, n°359, p. 711-712
12. IGAS. Rapport sur Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. 2008, 65 pages
Consultable : <http://integeco.u-bordeaux4.fr/acte.pdf>
13. Campbell S. et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. N Engl J Med, 2007, vol.375, n°2, p. 181-190
14. Millet C et al. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. CMAJ, 2007, vol.176, n°12, p. 1705-10.
15. The Information Centre for health and care. Time series analysis for 2001-2006 for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework. September 2007.

16. Baker G et al. Pay for performance: national perspective. 2006 longitudinal survey results with 2007 market updates. The Leapfrog group. Med-Vantage, Inc. December 2007
17. Rosenthal MB et al. Pay for performance in commercial HMOs. N Eng J Med., 2006, vol.355, p. 1895-1902.
18. De Brantes F et al. Bridges to excellence: building a business case for quality care. J Clin Outcomes Manag, 2003, p. 439-446.
19. Petersen L et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care ? Ann Intern Med., 2006, vol.145, p. 265-272.
20. Gilmore A et al. Patient outcomes and evidence-based medicine in a preferred provider organization setting: a six year evaluation of a physician pay-for-performance program. Health research and educational trust, 2007, vol.42, p. 2140-2160.
21. Levin-Scherz J. Impact of pay-for-performance contracts and network registry on diabetes and asthma HEDIS measures in an integrated delivery network. Medical Care Research and Review, 2006, vol.63, p. 14S-28S
22. Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique : une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins. Dossier de presse, 2013, 25 pages
- Consultable : <http://94.citoyens.com/files/2013/05/Bilan-ROSP-2012.pdf>

23. HAS. Efficacité et efficacité des hypolipémiants. Une analyse centrée sur les statines.

2010, 8 pages

Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese_efficacite_et_efficiency_des_hypolipemiants_-_une_analyse_centree_sur_les_statines.pdf

24. HAS. Prévention Cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité. Février 2012, 2 pages

Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/statine_-_fiche_bum.pdf

25. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care, 2014, Volume 37 supplément 1, S38-S39

26. Heart Protection Study collaborative group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet, 2002, vol.360, n° 9326, p. 7-22.

27. Colhoun HM et coll. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. Lancet, 2004, vol.364, n°943, p. 685-696

28. Lemiengre M. Statines et prévention cardiovasculaire : la Heart Protection Study. Minerva, 2003, vol.2, n°2, p. 24-29

29. Sunaert P, Christiaens T, Feyen L. Des statines pour tous les patients diabétiques ? Minerva, 2005, vol.4, n°7, p. 100-102

30. Chevalier P. Statines et diabète : du neuf ? Minerva, 2008, vol.7, n°4, p. 58-59

31. Prescrire Rédaction. Diabète de type 2 : une statine pour certains patients. Tenir compte des autres indicateurs de risque cardiovasculaire, et préférer la simvastatine. Revue Prescrire, 2005, Tome 25, n°263, p. 520-523
32. Sever PS et coll. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial--Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet, 2003, vol.361, n°9364, p. 1149-1158
33. Prescrire Rédaction. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de couts (n°6 à n°11). Revue Prescrire, 2013, Tome 33, n°353, p. 222-226
34. Prescrire Rédaction. Vigilance. Revue Prescrire, 2011, Tome 31, n°327, p. 214
35. HAS. Prise en charge des médicaments soumis à réévaluation
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456052/fr/prise-en-charge-des-medicaments-soumis-a-reevaluation
36. Prescrire Rédaction. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de couts (n°12 et n°13). Revue Prescrire, 2013, Tome33, n°355, p. 384-385
37. Arbyn M et coll. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. Eur J Cancer, 2009, vol.45, n°15, p. 2640-2648
38. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. New England Journal of Medicine, 2009, vol.360, n°14, p. 1385-94
39. Andrae B et coll. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. J Nati Cancer Inst., 2008, vol.100, n°9, p. 622-629

40. Sasieni P et coll. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. BMJ, 2009, vol.339, p. b2968
41. Sasieni P et coll. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. Br J Cancer, 2003, vol.89, n°1, p. 88-93
42. HAS. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010, 235 pages
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
43. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2013, 55 pages
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf
44. Prescrire Rédaction. Prévention des cancers du col de l'utérus. Revue Prescrire, 2007, Tome 27, n°284, p. 452-453
45. Prescrire Rédaction. Dépister les cancers du col de l'utérus. Organiser le dépistage pour éviter les conisations inutiles. Revue Prescrire, 2010, Tome 30, n°317, p. 193-202
46. Prescrire Rédaction. La HAS demande l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Revue Prescrire, 2011, Tome 31, n°335, page 704
47. Prescrire Rédaction. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de couts (n°14 à n°24). Revue Prescrire, 2013, Tome 33, n°356, p. 456-463

48. HAS/ANSM. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2.

2013, 25 pages

Consultable : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf)

[02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf)

49. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes

Care, 2014, Volume 37 supplément 1, S22-S23

50. Prescrire Rédaction. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de couts (n°1 à n°5).

Revue Prescrire, 2013, Tome 33, n°352, p. 147-149

51. Prescrire Rédaction. Dépistage de la rétinopathie diabétique. Le guide HAS n'aide pas à

un meilleur suivi des patients diabétiques. Revue Prescrire, 2011, Tome 31, n°337, p. 267

52. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes

Care, 2014, Volume 37 supplément 1, S44-S45

53. Prescrire Rédaction. Prévenir la cécité due à la rétinopathie diabétique. Contrôler la

glycémie, la pression artérielle et surveiller les yeux. Revue Prescrire, 2009, Tome 29, n°313, p. 847

54. E Ólafsdóttir and E Stefánsson. Biennial eye screening in patients with diabetes without

retinopathy: 10-year experience. The British Journal of Ophthalmology, 2007, vol.91, n°12, p. 1599-1601

55. HAS. Dépistage de la rétinopathie diabétique par la lecture différée de photographies du fond d'œil. 2010, p. 56-59
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/argumentaire_-_depistage_de_la_retinopathie_diabetique_par_lecture_differee_de_photographies_du_fond_doeil.pdf
56. Mancia G et coll. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of hypertension, 2007, vol.25, p. 1105-1187
57. Prescrire Rédaction. Hypertension artérielle : quels seuils, pour quoi faire. Revue Prescrire, 2006, Tome 26, n°278, page 843
58. Prescrire Rédaction. Chez les adultes hypertendus sans complication ni diabète : quelle pression artérielle viser. Revue Prescrire, 2010, Tome 30, n°18, p. 315-316
59. Prescrire Rédaction. Traiter une pression artérielle entre 140/90 et 160/95 mmHg pas de bénéfice prouvé. Revue Prescrire, 2013, Tome 33, n°362, p. 928-929
60. Arguedas JA et coll. Treatment blood pressure targets for hypertension. The Cochrane Library John Wiley and sons, Chichester 2009, issue 3, 41 pages
61. Mancia G et coll. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension task force document. Journal of Hypertension, 2009, vol.27, n°11, p. 2121-2158
- 62 Heath I. Waste and Harm in the Treatment of mild Hypertension. JAMA Intern Med., 2013, vol.173, n°11, p. 956-957

63. Blacher J et coll. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Société Française d'hypertension artérielle, 2013, vol.13, n°3, p. 36-37

Consultable : <http://www.sfhta.eu/recommandations/les-recommandations-de-la-sfhta/ecommandation-sur-la-prise-en-charge-de-lhypertension-arterielle-de-ladulte/>

64. Afssaps. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2012, 48 pages

Consultable :

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf

65. HAS. IPC AMI N°3 : benzodiazépines à demi-vie longue chez le sujet âgé. 2012, 7 pages

Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/3_ipc_bzd_demi_vie_long_sa_octobre_2011.pdf

66. Prescrire Rédaction. Les antiagrégants chez les patients à risque cardiovasculaire très élevé. L'aspirine reste le plus souvent le premier choix. Revue Prescrire, 2009, Tome 29 n°306, p. 278-283

67. Prescrire Rédaction. Interactions médicamenteuses. Comprendre et décider 2014. Revue Prescrire, 2014, Tome 33, n°362, p. 139

68. Prescrire Rédaction. Valsartan avec ou sans hydrochlorothiazide : un sartan d'intérêt clinique démontré. Revue Prescrire, 2011, Tome 31, n°336, p. 743

69. Van Vark LC et coll. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors involving 158,998 patients. Eur Heart J. 2012, vol.33, n°16, p. 2088-2097

70. Matchar DB et coll. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med.* 2008, vol.148, n°1, p. 16-29
71. De Jonghe M. Patients à haut risque cardiovasculaire sans insuffisance cardiaque : IEC ou sartan ? *Minerva*, 2014, vol.13, n°3, p. 36-37
72. Chevalier P. Sartans ou IEC chez les patients à haut risque vasculaire. *Minerva*, 2008, vol.7, n°9, p. 132-133
73. HAS. Traiter l'hypertension artérielle essentielle non compliquée-Comment choisir entre IEC et sartans ? 2008
- Consultables : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698407/fr/traiter-lhypertension-arterielle-essentielle-non-compliquee-comment-choisir-entre-iec-et-sartans
74. Prescrire Rédaction. Vigilance. *Revue Prescrire*, 2010, Tome 30, n°323, p. 672
75. HAS, ANSM. Bon usage des agents antiplaquettaires. 2012, page 3
- Consultable : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Recommandations-ANSM-HAS-Bon-usage-des-agents-antiplaquettaires-Point-d-information>
76. Gaede P. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 2003, vol.348, n°5, p. 383-393
77. De Berardis G et coll. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes : meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2009, vol.339, p. b4531
78. Jinnouchi H et coll. Effect of low-dose aspirin on primary prevention of cardiovascular events in Japanese diabetic patients at high risk. *Circ J.*, 2013, vol.77, n°12, p. 3023-3028

79. Chevalier P. Aspirine pour tous les diabétiques ? Minerva, 2009, vol.8, n°2, p. 20-21
80. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care, 2014, Volume 37 supplément 1, S40
81. Prescrire Rédaction. Aspirine et prévention d'un premier accident cardiovasculaire. Revue Prescrire, 2010, Tome 30, n°321, p. 526
82. Lenzer J. Belief not science is behind flu jab promotion, new report says. BMJ, 2012, vol.345, p. e7856
83. Rivetti D et coll. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD004876.
84. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013. 2013, 52 pages
- Consultable :
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante-.pdf.pdf
85. Prescrire Rédaction. Vaccination des personnes âgées contre la grippe saisonnière. Peu d'efficacité, peu d'effets indésirables : une balance bénéfices-risques qui reste plutôt favorable. Revue Prescrire, 2011, Tome 31, n°329, p. 205-208
86. Prescrire Rédaction. Se faire vacciner contre la grippe saisonnière après 65 ans. Revue Prescrire, 2013, 1 page

87. Michael T. Osterholm et coll. The compelling need for game-changing influenza vaccines. An analysis of the influenza vaccine enterprise and recommendations for the future. Center for Infectious Disease Research and Policy, 2012, 160 pages
88. Michiels B. Efficacité de la revaccination contre la grippe chez des personnes âgées au domicile. Minerva, 2005, vol.4, n°8, p. 116-118
89. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, Issue 1
90. Prescrire Rédaction. Mammographies et dépistage des cancers du sein. Revue Prescrire, 2006, Tome 26, n°272, p. 348.1-348.37
91. HAS. La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : situation actuelle et perspectives d'évolution. 2011, 210 pages
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf
92. HAS. Cancer du sein un nouveau souffle pour le dépistage organisé. Communiqué de presse, 3 février 2012
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1196105/fr/cancer-du-sein-un-nouveau-souffle-pour-le-depistage-organise
93. HAS. Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40-49 ans et de 70 à 79 ans en France. 21 mars 2013
Consultable : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-_depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf

94. Ferry Magali et Anne-Charlotte Rousseau. Au sein de la polémique : le dépistage du cancer du sein remis en question(s). Médecine, 2012, vol.8, n°9, p. 419-425
95. Philippe Autier et coll. Breast cancer mortality in neighbouring european countries with different levels of screening but similar access to treatment : trend analysis of WHO mortality database. BMJ, 2011, 343 :d4411 doi : 1136/bmj.d4411
96. Kalager M and coll. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. New England J Med, 2010, vol.363, p. 1203-1210
97. Garmyn B. Quelle est l'efficacité d'un dépistage du cancer du sein à long terme (29 ans) ? Minerva, 2012, vol.11, n°3, p. 30-31
98. La Rédaction Minerva. 30 ans de dépistage du cancer du sein par mammographie aux E-U au mieux un faible impact sur la mortalité par cancer du sein chez les femmes de plus de 40 ans. Minerva Online, 2013
Consultable : <http://www.minerva-ebm.be/fr/review.asp?id=306>
99. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The Benefits and Harms of Breast Cancer Screening : an independent review. Lancet, 2012, vol.380, n°9855, p. 1778-86
100. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the Benefits and Harms of Screening Mammography. Jama intern med. 2013, 13635
101. Prescrire Rédaction. Mammographies de dépistage après l'âge de 50 ans. Revue Prescrire, 2012, 1 page
102. Prescrire Rédaction. Dépistage des cancers du sein. Un guide HAS qui oublie l'intérêt premier des femmes. Revue Prescrire, 2013, Tome 33, n°352, page 151

103. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care, 2014, Volume 37, supplément 1, S38-S40
104. Reiner Z et coll. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of The European Society of Cardiology (ESC) and The European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal, 2011, 32, p. 1769-1818
105. Hayward RA et coll. Three reasons to abandon low-density lipoprotein targets. An open letter to the adult treatment panel IV of the national institute of health. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2012, vol.5, n°1, p. 2-5
106. Guillausseau PJ et coll. Contrôle glycémique intensif et diabète de type 2 : résultats des études d'intervention récentes (ADVANCE, Va Diabetes Trial et ACCORD). Sang thrombose vaisseaux, 2009, vol.21, n°1, p. 15-22
107. The advance collaborative group. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. The New England Journal of Medicine, 2008, 358, p. 2560-2572
108. Currie CJ et coll. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet, 2010, 375, p. 481–89.
109. Prescrire Rédaction. Diabète de type 2 : surmortalité et HbA1C basse. Revue Prescrire, 2012, Tome 2, n°350, p. 926-927
110. Massin S et coll. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Etudes et Résultats, 2014, vol.873, p. 1-8

ANNEXES

1) Lettre d'accompagnement de l'étude pilote

Chers confrères, chères consœurs,

Je suis interne en médecine générale, et travaille actuellement sur mon projet de thèse sur le thème de la rémunération à la performance : quelle est la validité des indicateurs retenus ?

Mon travail sera constitué de trois parties : une partie « objective », vision de la littérature, une partie « subjective », mais plus de terrain, vision des médecins généralistes, et enfin une confrontation de ces données à celles proposées par l'assurance maladie. (19 indicateurs ont été retenus).

Pour cela, je réalise une revue de la littérature à la recherche de preuves scientifiques valides et objectives concernant les divers indicateurs en terme de validité médicale : c'est-à-dire est-ce que ces indicateurs sont vraiment le reflet d'une bonne pratique médicale et d'un bon suivi des patients et en terme pratique, c'est-à-dire est-ce faisable en cabinet et donc est-il judicieux d'avoir choisi ce type d'indicateurs.

Je réalise donc également un questionnaire, à votre attention, afin de recueillir votre avis sur ces indicateurs, toujours en termes médical et pratique (en fonction de votre cabinet, de vos possibilités, populations démographiques...).

Cet envoi est un envoi pilote, adressé dans un premier temps à une dizaine de médecins généralistes choisis au hasard.

Je suis consciente que votre temps est précieux et que malheureusement, vous en aurez que peu à me consacrer.

Je vous serais cependant très reconnaissante de vouloir passer un instant sur ce questionnaire afin de me permettre de le valider ou de l'améliorer. Tous vos commentaires seront les bienvenus.

Les résultats vous seront communiqués au terme de ce travail.

Avec tous mes remerciements,

Magali Ferry (DES de médecine générale)

2) Questionnaire initial

1) Quel est votre âge ?

- ☐ 25-35
- ☐ 35-45
- ☐ 45-55
- ☐ 55-65

2) Quel est votre genre ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

3) Quelle est votre année d'installation ?

- ☐ Réponse libre :

4) Où exercez-vous ?

- ☐ 77
- ☐ 78
- ☐ 91
- ☐ 92
- ☐ 93
- ☐ 94
- ☐ 95

5) Faites-vous partie d'une société de Formation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, laquelle ?

- ☐ Réponse libre :

6) Recevez-vous les visiteurs médicaux ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7) Avez-vous refusé l'adhésion à la nouvelle convention 2011-2016 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

- ☐ Réponse libre :

8) Pour chaque indicateur cochez ceux que vous trouvez pertinents sur le plan médical et cochez ceux que vous trouvez pertinents sur le plan pratique. Expliquez pourquoi.

	Pertinence médicale	Commentaire	Pertinence pratique	Commentaire
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES				
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'Hba1C par an				
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient Hba1C<8.5%				
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient Hba1C<7.5%				
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.5g/l				
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.3g/l				
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans				
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine				

Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant				
Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA<140/90 mmHg				
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE				
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs				
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue				
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZD aient un traitement de plus de 12 semaines				
Que maximum 37 prescriptions d'antibiotiques par an soient réalisées pour 100 patients de 16 à 65 ans (hors ALD)				
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe				
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés				
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein				
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années				
INDICATEURS D'EFFICIENCE				
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine				
Que 65% des IEC+sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC(IEC+sartans))				

9) Classez les indicateurs de 1 à 19 du plus pertinent au moins pertinent d'un point de vue médical (qualité des soins) et d'un point de vue pratique (faisabilité)

Classer les indicateurs selon :	Pertinence médicale	Pertinence pratique
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES		
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'Hba1C par an		
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient Hba1C<8.5%		
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient Hba1C<7.5%		
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.5g/l		
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.3g/l		
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans		
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine		
Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant		
Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA<140/90 mmHg		
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE		
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs		
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue		
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZD aient un traitement de plus de 12 semaines		
Que maximum 37 prescriptions d'antibiotiques par an soient réalisées pour 100 patients de 16 à 65 ans (hors ALD)		
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe		
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés		
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein		
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années		

INDICATEURS D'EFFICIENCE		
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine		
Que 65% des IEC+sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC(IEC+sartans))		

10) Que pensez-vous des pourcentages attribués aux différents indicateurs ?

- ☐ Je suis d'accord : ils semblent/sont fondés
- ☐ Je n'en comprends pas l'origine : ils ne correspondent à rien
- ☐ N'a pas d'opinion

3) **Lettre d'accompagnement de l'étude finale**

Chers confrères, chères consœurs,

Je suis interne en médecine générale, et travaille actuellement sur mon projet de thèse sur le thème de la rémunération à la performance : quelle est la pertinence des indicateurs retenus ?

Mon travail sera constitué de trois parties : une partie « objective », vision de la littérature, une partie « subjective », mais plus de terrain, vision des médecins généralistes, et enfin une confrontation de ces données à celles proposées par l'assurance maladie. (18 indicateurs ont été retenus).

Pour cela, je réalise une revue de la littérature à la recherche de preuves scientifiques objectives concernant les divers indicateurs en terme de pertinence médicale : c'est-à-dire est-ce que ces indicateurs sont vraiment le reflet d'une bonne pratique médicale et d'un bon suivi des patients et en terme pratique, c'est-à-dire est-ce faisable en cabinet et donc est-il judicieux d'avoir choisi ce type d'indicateurs.

Je réalise donc également un questionnaire, à votre attention, afin de recueillir votre avis sur ces indicateurs, toujours en termes médical et pratique (en fonction de votre cabinet, de vos possibilités, populations démographiques...).

Je suis consciente que votre temps est précieux et que malheureusement, vous en aurez que peu à me consacrer.

Je vous serais cependant très reconnaissante de vouloir passer un instant sur ce questionnaire afin de me permettre un travail riche et approfondi. Tous vos commentaires seront les bienvenus.

Les résultats vous seront communiqués au terme de ce travail.

Avec tous mes remerciements,

Magali Ferry (DES de médecine générale)

4) Questionnaire final

Questionnaire					
Projet de thèse sur le thème de la rémunération à la performance : quelle est la pertinence des indicateurs retenus ?					
1) Quel est votre âge ?	25-35 ans	35-45 ans	45-55 ans	55-65 ans	+ de 65 ans
2) Quel est votre genre ?	Féminin	Masculin			
3) Quelle est votre année d'installation ?	Réponse libre :				
4) Dans quel département exercez-vous ?	Réponse libre				
5) Faites-vous partie d'une société de Formation ?	Oui	Non			
Si oui, laquelle ?	Réponse libre				
6) Recevez-vous les visiteurs médicaux ?	Oui	Non			
7) Avez-vous refusé l'adhésion à la nouvelle convention 2011-2016 ?	Oui	Non			
Si oui, pourquoi ?	Réponse libre				
8) Connaissez-vous les indicateurs de la rémunération à la performance ?	Oui	Non	Ça ne m'intéresse		

9) Pour chaque indicateur, indiquez selon vous, s'il est ou non pertinent sur le plan médical (c'est-à-dire une bonne représentation de la qualité des soins et du suivi des patients) et sur le plan pratique (faisabilité). Expliquez pourquoi (recommandation, lecture scientifique, avis personnel, population inadaptée...).

1 : pertinent, 2 : non pertinent, 3 : ne sait pas

	Pertinence médicale			Commentaire	Pertinence pratique			Commentaire
	1	2	3		1	2	3	
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES								
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'HbA1C par an								
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1C<8.5%								
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1C<7.5%								
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.5g/l								
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.3g/l								
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans								
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine								
Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant								
Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA<140/90 mmHg								
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE								
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs								
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue								
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZO aient un traitement de plus de 12 semaines								
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe								
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés								
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein								
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années								
INDICATEURS D'EFFICIENCE								
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine								
Que 65% des IEC-sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC/(IEC+sartans))								
10) Que pensez-vous des pourcentages attribués aux différents indicateurs ?								
Je suis d'accord : ils semblent/ont fondés								
Je n'en comprends pas l'origine : ils ne correspondent à rien								
N'a pas d'opinion								

5) Mail initial aux médecins de la SFTG

Bonjour,

Le Groupe Recherche de la SFTG a trouvé intéressant le travail de thèse de Magali FERRY, aidée par Alain SIARY, qui porte sur

" la rémunération à la performance : quelle est la pertinence des indicateurs retenus "

Vous trouverez ci-joint un courrier de présentation de son travail ainsi qu'un questionnaire.

Si vous souhaitez participer à cette étude, vous pouvez compléter le questionnaire et le renvoyer par mail à Magali FERRY.

Bien cordialement,

Marie-Claude Cassard

Assistante Recherche

6) Mail de relance

Bonjour,

N'ayant eu que peu de réponses à la sollicitation ci-dessous, nous nous permettons de vous l'adresser une nouvelle fois.

Vous remerciant par avance du temps que vous pourrez éventuellement y accorder,

Bien cordialement, Sylvie Caumel

Directrice Administrative

7) Résultats démographiques

Résultats démographiques

Résultats SF1G

1) Quel est votre Age ?	25-35	35-45	45-55	55-65	Plus de 65	
	3	18	28	31	4	84
2) Quel est votre genre ?	masculin	féminin				
	42	42				84
3) durée d'exercice > 10 ans	oui	non				
	68	16				84
5) Faites-vous partie d'une société de formation ?	oui	non				
	69	15				84
6) Recevez-vous les visiteurs médicaux ?	oui	non				
	23	61				84
7) Avez-vous refusé l'adhésion à la nouvelle convention ?	oui	non				
	5	79				84
8) Connaissez-vous les indicateurs de la rémunération ?	oui	non	ca ne m'intéresse pas			
	73	3	6	82		
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	3	13	20	29	4	69
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	1	6	8	7	1	15
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	2	12	20	24	3	23
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	2	2	1	2	5	61
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	3	16	27	29	4	79
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	2	17	23	27	4	73
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	1	1	0	1	0	3
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	2	1	0	1	0	76

Résultats Médecins généralistes non SF1G

1) Quel est votre Age ?	25-35	35-45	45-55	55-65	Plus de 65	
	4	4	18	36	4	66
2) Quel est votre genre ?	masculin	féminin				
	46	20				66
3) durée d'exercice > 10 ans	oui	non				
	56	9				65
5) Faites-vous partie d'une société de formation ?	oui	non				
	29	37				66
6) Recevez-vous les visiteurs médicaux ?	oui	non				
	39	27				66
7) Avez-vous refusé l'adhésion à la nouvelle convention ?	oui	non				
	9	56				65
8) Connaissez-vous les indicateurs de la rémunération ?	oui	non	ca ne m'intéresse pas			
	48	8	5	61		
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	2	2	12	10	3	29
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	0	2	10	24	3	37
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	4	2	8	12	1	29
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	1	0	5	2	1	37
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	3	4	13	34	3	57
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	4	4	4	13	25	57
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	0	0	0	1	7	0
25-35	35-45	45-55	55-65	plus de 65		
	0	0	0	1	7	0

Résultats SFTG

8) Résultats des médecins généralistes SFTG

	Pertinence médicale			Commentaire	Pertinence pratique			Commentaire
	1	2	3		1	2	3	
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES								
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de HbA1c par an	66	12	4	82	42	22	3	67
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1c < 8.5%	60	15	8	83	39	22	7	68
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1c < 7.5%	45	33	5	83	26	39	3	69
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol < 15g/l	49	26	8	83	34	28	5	67
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol < 13g/l	44	28	8	80	24	36	6	66
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans	71	6	5	82	36	29	2	67
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine	47	21	15	83	36	25	7	68
Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant	35	23	18	82	27	31	9	67
Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PAK < 140/90 mmHg	63	14	5	82	39	26	2	67
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE								
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	57	14	10	81	41	14	11	66
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue	62	12	7	81	27	30	10	67
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZD aient un traitement de plus de 12 semaines	59	15	6	80	29	31	6	68
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe	57	13	11	81	21	33	12	68
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés	54	21	9	84	14	43	10	67
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein	44	23	14	81	21	39	6	66
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	72	4	6	82	29	35	3	67
INDICATEURS D'EFFICACITE								
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine	57	13	11	81	41	18	6	65
Que 65% des IEC-sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC/sartans)	52	16	9	77	32	24	5	61
10/Que pensez-vous des pourcentages attribués aux différents indicateurs ? Je suis d'avis de ne pas d'opinion								
	20	40	17	77				
POURCENTAGES QUI NE SONT PAS P								
pourcentages qui ne sont pas P	78,5714	14,2857	4,7619	2,38095	82,8571	42,8571	22,8571	3
	71,4286	17,8571	9,52381	1,19048	83,3333	39,2857	22,8571	7
	53,5714	33,2857	5,95238	1,19048	83,3333	26,4286	39,2857	3
	58,3333	30,9524	9,52381	1,19048	83,3333	34,2857	28,5714	5
	52,381	33,3333	9,52381	4,7619	80,0000	24,0000	36,0000	6
	84,5238	7,14286	5,95238	2,38095	82,8571	36,0000	29,0000	2
	55,9524	25,1786	17,8571	1,19048	83,3333	36,0000	25,0000	7
	41,6667	34,5238	21,4286	2,38095	82,8571	27,0000	31,0000	9
	75	16,6667	5,95238	2,38095	82,8571	39,2857	26,4286	2
	67,8571	15,6667	11,9048	3,57143	81,4286	41,4286	14,2857	11
	73,8095	14,2857	8,33333	3,57143	83,3333	27,0000	30,0000	10
	70,2381	17,8571	7,14286	4,7619	80,0000	29,0000	31,0000	6
	67,8571	15,4762	13,0952	3,57143	81,4286	21,0000	33,0000	12
	64,2857	25,1786	10,7143	0	82,8571	14,0000	43,0000	10
	52,381	27,381	16,6667	3,57143	81,4286	21,0000	39,0000	6
	85,7143	4,7619	7,14286	2,38095	82,8571	29,0000	35,0000	3
	67,8571	15,4762	13,0952	3,57143	81,4286	41,4286	18,0000	6
	61,9048	15,0476	10,7143	8,33333	80,0000	32,0000	24,0000	5
	23,8095	47,619	20,2381	8,33333				

Résultats MG

126

Tous les médecins confondus

10) Résultats confondus

	Pertinence médicale			Commentaire	Pertinence pratique			Commentaire
	1	2	3		1	2	3	
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES								
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de HbA1c par an	110	25	6	141	75	34	7	116
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1c < 8.5%	106	24	13	143	67	37	13	117
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1c < 7.5%	83	48	11	142	50	56	11	117
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol < 1.5g/l	94	37	12	143	64	42	11	117
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol < 1.3g/l	88	40	14	140	52	51	12	115
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans	125	9	8	142	70	43	4	117
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine	89	30	24	143	65	37	17	119
Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant	78	39	27	142	54	46	18	118
Que 80% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA < 140/90 mmHg	115	19	8	142	69	46	4	119
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE								
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	87	30	23	140	70	26	23	119
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue	100	28	12	140	45	54	19	118
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par ECD aient un traitement de plus de 12 semaines	100	29	10	139	46	57	11	114
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe	101	27	13	141	41	57	17	115
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés	100	33	11	144	32	69	15	116
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein	94	28	19	141	46	80	12	118
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	127	7	8	142	56	95	8	119
INDICATEURS D'EFFICACITE								
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine	92	23	23	138	62	36	15	113
Que 85% des IEC+statins prescrits soient des IEC (ratio IEC+statins)	75	36	23	133	47	44	18	109
10) Que pensez-vous des pourcentages attribués aux différents indicateurs ? je suis d'avis que ne compas d'opinion								
	44	63	28	135				

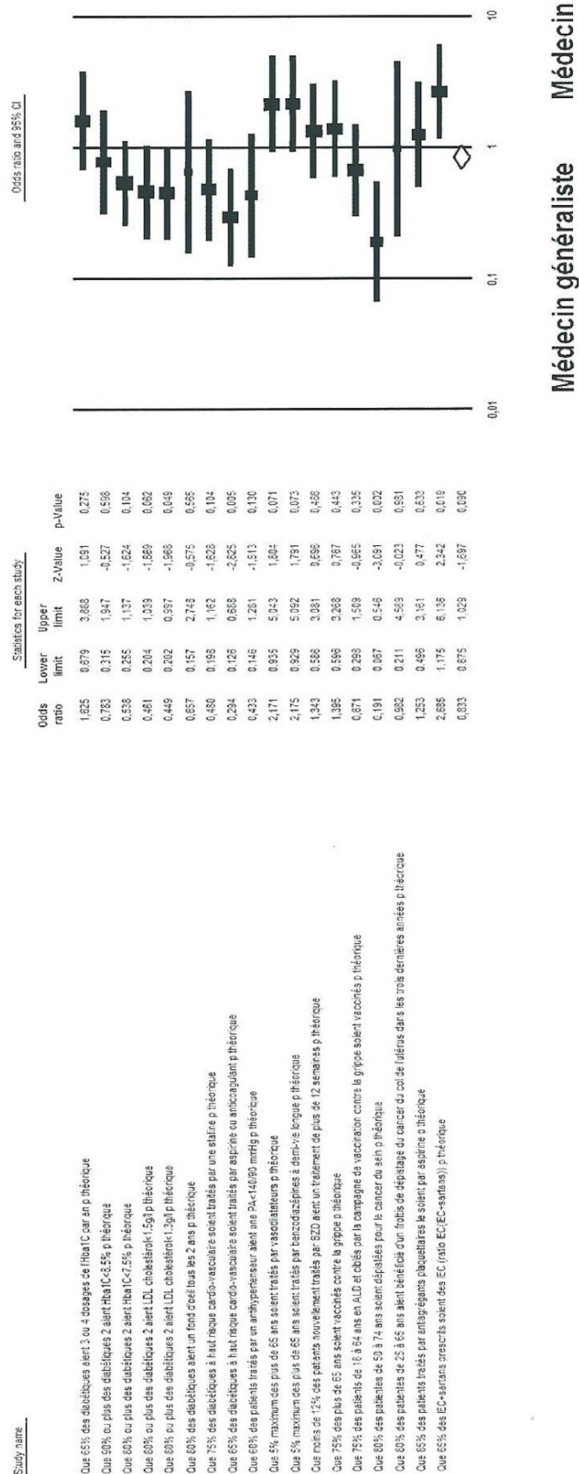
pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages ou non saisi pas PM		pourcentages	
----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	--------------	--

pourcentages qui ont ne sait pas PM			pourcentages qui ont ne sait pas PP		
73.3333	16.6667	4	50	21.6667	21.6667
70.6667	16	8.66667	44.6667	24.6667	8.66667
55.3333	32	7.33333	33.3333	37.3333	7.33333
62.6667	34.6667	8	42.6667	28	7.33333
57.3333	26.6667	9.33333	34.6667	34	8
83.3333	5	5.33333	46.6667	28.6667	2.66667
59.3333	20	16	43.3333	24.6667	11.3333
50.6667	28	18	36	30.6667	12
76.6667	12.6667	5.33333	46	30.6667	2.66667
58	20	15.3333	46.6667	16	15.3333
66.6667	33.6667	8	30	12.6667	21.3333
66.6667	15.3333	6.66667	30.6667	38	7.33333
67.3333	18	8.66667	27.3333	38	11.3333
46.6667	27	7.33333	21.3333	46	10
62.6667	18.6667	12.6667	30.6667	40	8
84.6667	4.66667	5.33333	37.3333	36.6667	5.33333
61.3333	15.3333	15.3333	41.3333	24	10
50	23.3333	15.3333	31.3333	29.3333	12
29.3333	40	18.6667			27.3333

Forest plot : Pertinence Médicale

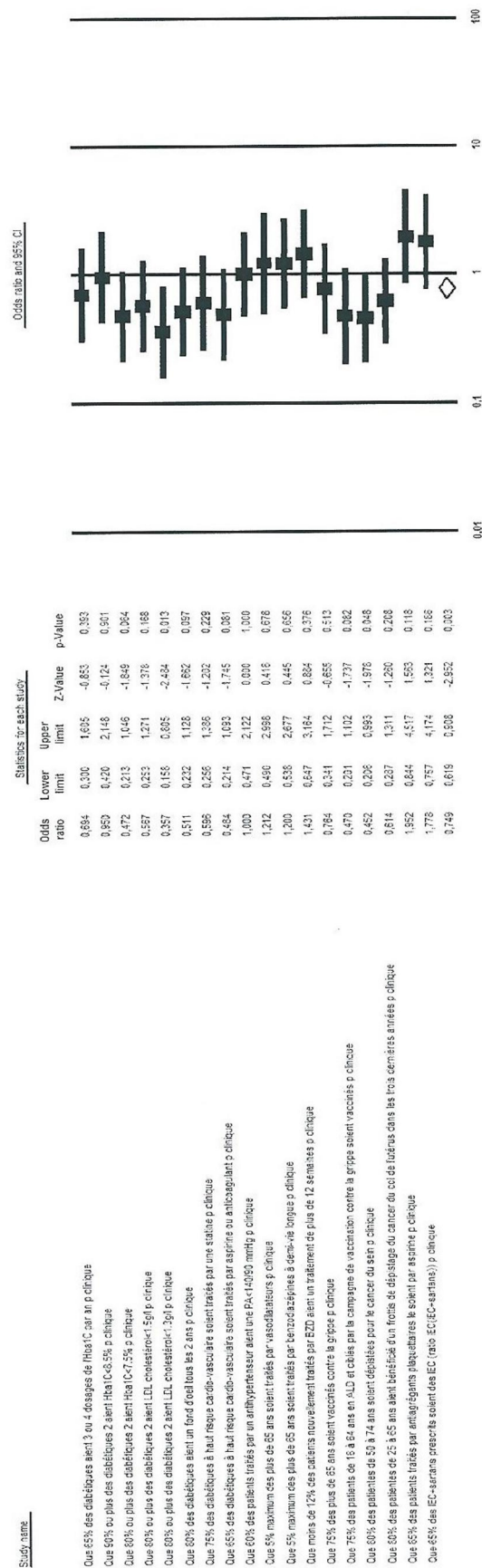
Réponse positive et type de médecins

11) Forest Plot (agrandissement)



Forest plot : Pertinence Pratique

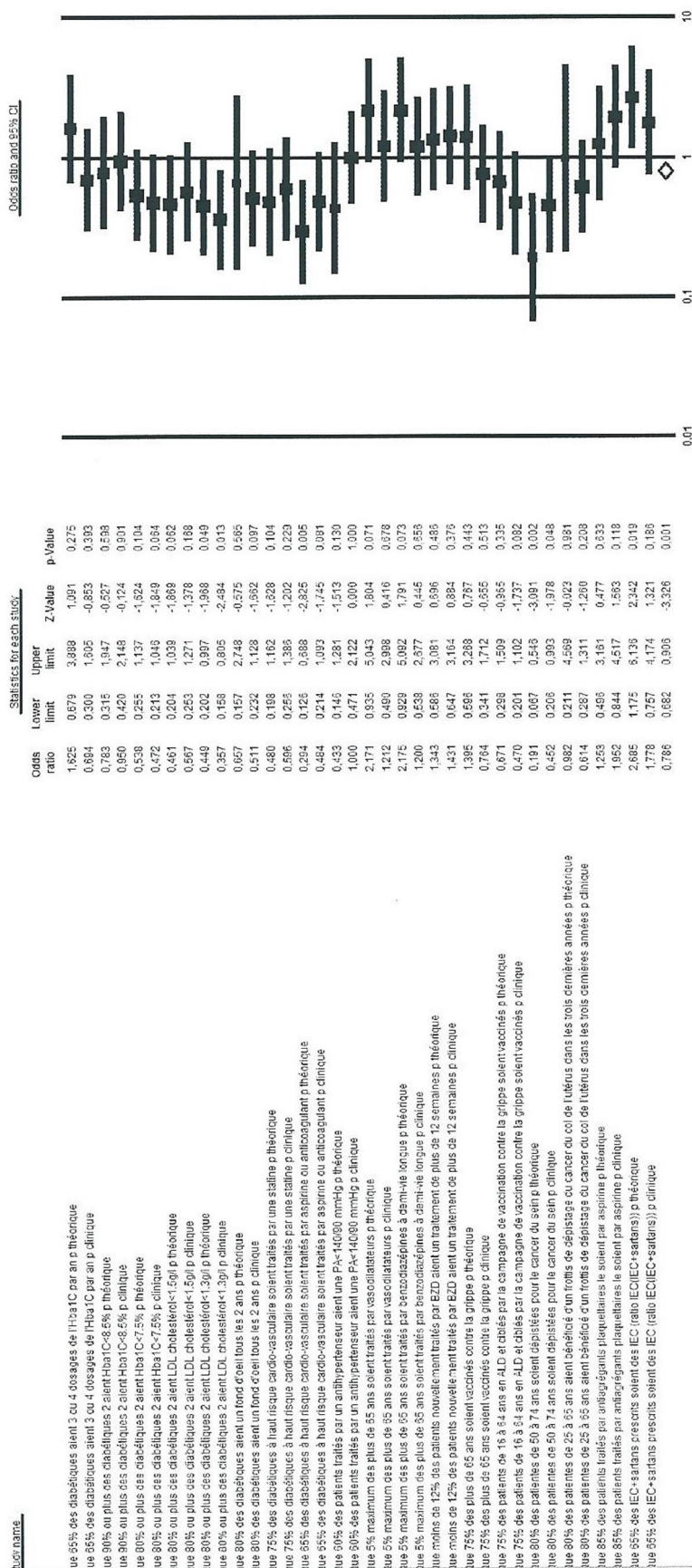
Réponse positive et type de médecins



Médecin généraliste Médecin SFTG

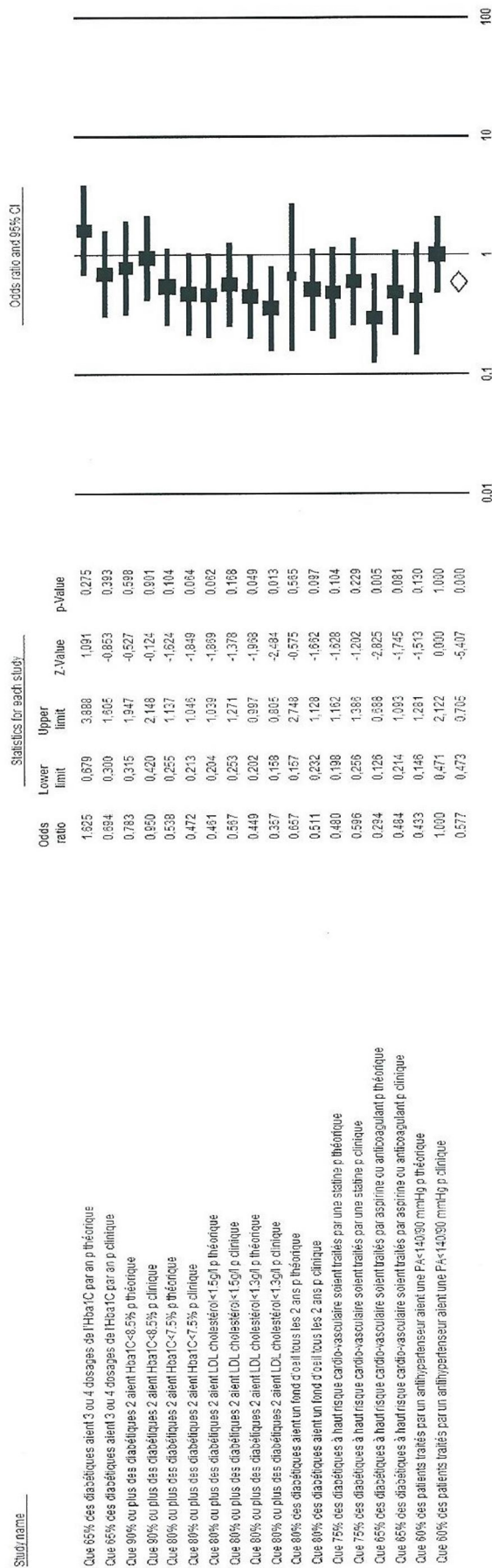
Forest plot : questionnaire

Réponse positive et type de médecins



Forest plot : indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Réponse positive et type de médecins



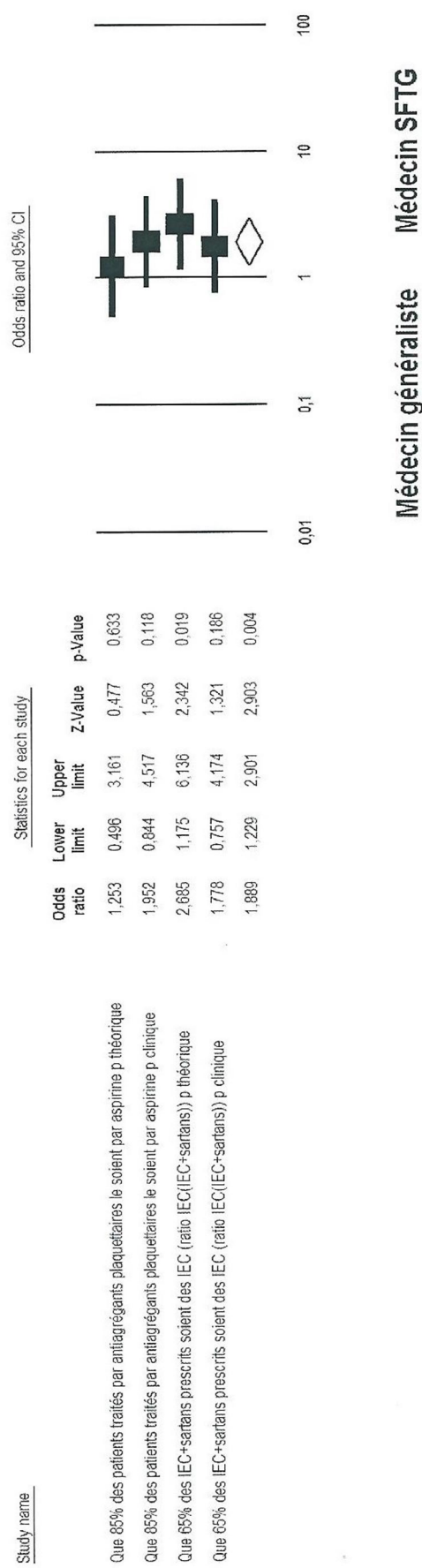
Forest plot : indicateurs de santé publique

Réponse positive et type de médecins



Médecin généraliste Médecin SFTG

Forest plot : indicateurs d'efficience
Réponse positive et type de médecins



12) Commentaires

Commentaires SFTG

Pertinence médicale	1	2	3
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES			
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'HbA1c par an	parfois deux suffisent -reco(6) -si on ne fait rien des résultats cela ne sert à rien -prescrire, si patients complaisants(2)	Si c'est bon deux suffisent(2), fréquence sans fondement chez les bien équilibrés(2)	64
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1C<8.5%	-prescrire, si diététique respectée, reco	? -d'où viennent les 90%, patients homogènes en âge, années comorbidités pr chaque médecin ? dépend de la population(3), raisonnable chez did pas d'nd, à l'encontre des nouvelles données, risque de sélection de patientèle -après 75 ans ou 20 ans d'évolution peu pertinent -doublet -critères d'âge non pris en compte(3) -d'p d'pop(2) -prescrire -manque de preuves : il s'agit d'un marqueur pas d'une diminution des événements morbides, raison chez did pas d'nd, vieux mal observants déprimés, à l'encontre des nouvelles données, risque de sélection de patientèle	69
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1C<7.5%	reco (3), si diététique respectée		62
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.5g/l	globalement oui -fonction des rev, si diététique respectée, reco	Seuil 1.15 -manque de preuves(2) -Baisser ou mais sans toxicité médicamenteuse -dépend population(2) -prescrire, seuil 1 chez le diabétique, insuffisant, dépend autres fdrov, raisonnable chez did pas d'nd, ne tient pas compte fdrov et prévention primaire ou secondaire	62
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.3g/l	Dépend des FDCV (2) -reco(4) -prescrire, si diététique respectée, certains malgré le tmt n'arrivent pas	Seuil 1.15 -dépend des fdrov(3) non valide scientifiquement -manque de preuves(2) -baisser ou mais sans toxicité -dépend de la population -pas de preuves du bénéfice chez 75ans, seuil 1 chez le diabétique, raisonnable chez did pas d'nd, ne tient pas compte fdrov et prévention primaire ou secondaire	59
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans	reco(5) -prescrire, si oph dispo(2), raison chez did pas d'nd	selon âge patient et sensibilité du test	69
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine	Choix statine -prévention quasi secondaire -reco -prescrire, si bien supporté, certains ne le supportent pas	Plus pertinent le taux de LDL -études contradictoires en prévention primaire -c'est la baisse du ldl ou les statines qui ont démontré une diminution de la mortalité ? -avis perso, non systématique, ne tient pas compte fdrov et prévention primaire ou secondaire ni du taux de ldl et toutes les statines n'ont pas la même preuve d'efficacité, pas de recommandations	62

que faire des patients avec ldl déjà inférieur à 1-trop facile pour le médecin et trop dur pour le patient, connais pas bien la reco et ne calcule pas le rev, rapport tbr prouvé que en prévention primaire

Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant	en fait 100% en absence de CI -reco(3)		dernières études vont à l'encontre -beneficirisque mal établi en prévention primaire -prescrire -étude ou ? -pas de recommandations en prévention primaire, dementi par expert au cours d'un séminaire, ne tient pas compte de la prévention primaire ou secondaire, pas de recommandations	c'est remis en cause ? -la toxicité de l'aspirine et la morbidité sont elles prises en compte, non consensuel, trop facile pr le médecin et trop dur pour le patient	64
Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une P.A. 140/90 mmHg	-plutôt 90% -reco(3) -prescrire, sujets âgés difficiles à équilibrer, à relativiser pr les grands âges, paraît cohérent en terme de pourcentage mais risque à trop baisser la P.A. chez certains patients		140/80 130/90 -dépend population, totalité des diabétiques, pas selon les critères de retenu de P.A. ou si dernière automesure	trop facile pr le médecin et trop dur pour le patient, faut adapter au risque ou et à l'âge	65
INDICATEURS DE PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE (pertinence médicale)					
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	Plutôt 0% (3) -surtout critère économique pr Sécurité Sociale -normal ça ne sert à rien (5) -prescrire		Référentiel ? -0% inutile(5), médicaments de confort ds le domaine circulatoire très utiles, à retirer du commerce		62
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue	-c'est logique -reco(2)+danger personnes âgées -prescrire, pas de souci mais faut suivre peu de psychiatries, -souhaitable mais difficile		aucun(2), utiles justement pr le sevrage des bzd-pk se limiter à la demie vie?	vaste projet	68
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZD aient un traitement de plus de 12 semaines	aucun patient nouvellement traité ne devrait l'être par bzd -c'est logique(3) -reco-danger(2) -prescrire, -pas de souci mais faut suivre peu de psychiatries, -quelle visibilité sur chiffre 12%?		discutable, qd la théorie se heurte à la réalité pratique, -dpd patientele		67
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe	avis personnel -reco(2) -prescrire, merci bachelot pour son aide, dur dur depuis grippe A		Si pas de FDR -pas de base scientifique valable, pb médiatique pas rassurant, discours n'est plus assez clair, intérêt prouvé que chez les institutionnalisés et comorbidités	Absolument pas d'accord -en pratique impossible vu la communication, -preuve d'efficacité et d'innocuité, -discours n'est plus assez clair, -aucune étude ne prouve l'efficacité du vaccin sur la santé des plus de 65 ans	64
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés	en pratique impossible vu la communication -logique -reco(2) -prescrire		Depend de l'ALD(3) -pas de vaccins obligatoires -les patients en ALD ne nécessitent pas la prévention -manque d'études pertinentes (dpd patho), -ciblage foireux, -preuve de l'efficacité et d'innocuité?	preuve d'efficacité et d'innocuité?	66

Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein	reco, en théorie formidable, objectif de Santé Publique	- Pas de base scientifique valable - surdiagnostic(3) - Si seulement baisse de mortalité au lieu de iatrogénie - discutable - prescrire - actuellement campagne remise en cause(3)	- En attente de nouvelles reco - polémique (2) - je ne sais plus si c'est pertinent	62
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frotis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	- reco(3) - progrès à faire - prescrire, plus pertinent de faire un dépistage systématique pr le col que le sein, objectif de Santé Publique	dépistage individuel, 3 ans c'est trop espacé même si déjà bien	non consensuel sur le diagnostic	70
INDICATEURS D'EFFICACITÉ (pertinence médicale)				
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquetaires le soient par aspirine	- Difficile car initié par cardiologues - normal du fait du coût élevé du clopidogrel(2) - prescrire en théorie formidable on éviterait des hémorragies?,- - iec validés, aspirine a plus de preuve d'efficacité, reco	scientifique ou éco?,- allergies et intolérances à l'aspirine, intérêt économique et non médical(2), remis en cause, reco préconisaient d'autres molécules	ale clopidogrel a montré une supériorité ds la prévention de l'AVC mais c'est plus cher, à voir avec les cardios	63
Que 85% des IEC-sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC(IEC-sartans))	- Difficile car prescrit par cardiologues - normal du fait du coût élevé des sartans(2) - prescrire, tjrs la question du choix du pourcentage, pas de preuve de meilleure efficacité des sartans, reco	allergie aux IEC (tous)(2), intérêt économique et non médical	pourquoi avoir donné l'AMM à tous les sartans?,- purement argent?	66

Commentaires SFTG		Pertinence pratique		Sans Comme
1	2	3		
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES				
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'HbA1c par an	Difficile avec patients en CHU (2), patients en CHU et non tiés que 2 HbA1c/an -simple reproductible valorisation des efforts(2) -permet suivi reg des patients(2);-2 suffisent si stable, -faible pr le moment mais bientôt labo à 35km.-à l'exception des patient qui partent en Afrique 6 mois, -faire une bio c facile, recup les résultats une perte de temps.-uniquement grâce à l'éditeur de logiciel qui promet un algorithme efficace	patients peu compliants(3) -patients sans traitement doit on le faire si souvent, difficile de leur faire accepter (3);-patient dépendant, -si bien équilibré 2/an suffisant, -libre choix du patient ou fragilité sociale, -mal équilibrés sont souvent inobservants et ne font pas les dosages c'est les plus difficile à PEC et ceux qui nécessitent le plus d'attention le rosp pénalise les médecins qui acceptent de peu les cas difficiles	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -assez facile	56
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1c<8.5%	ce n'est pas un taux assez bas, -à l'exception des personnes âgées, -ne dépend pas que du docteur, -faire une biologie c'est facile, récupérer les résultats une perte de temps, -uniquement grâce à l'éditeur de logiciel qui promet un algorithme efficace, -reco	le résultat ne dépend pas que du médecin : observance (3) -inadapté pour tous, -éducation thérapeutique-libre choix du patient ou fragilité sociale	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -influence limitée chez patients suivis par endocrinologue ou non motivés, -ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique	65
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1c<7.5%	j'ai des résultats à 82%, -ne dépend pas que du docteur, -faire une biologie c'est facile, récupérer les résultats une perte de temps, -uniquement grâce à l'éditeur de logiciel qui promet un algorithme efficace, -reco	Objectif parfois trop bas pour les personnes âgées -Difficile avec patients en CHU -Problème observance, pas que médecin (2) -inadapté pour tous, dépend population suivie(2) -difficile d'équilibrer DT2, plutôt inférieur à 8, -éducation thérapeutique, -difficile personnes âgées et migrants ne maîtrisant pas la langue	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique	63
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<150g/l	grâce aux statines, -dépend du HDL, -ne dépend pas que du docteur, -faire une biologie c'est facile, récupérer les résultats une perte de temps, -uniquement grâce à l'éditeur de logiciel qui promet un algorithme efficace, -difficile car EI	pertinent si FDR associés -inadapté pour tous -Les médias n'aident pas, -que faire des nombreuses allergies aux statines, -difficile personnes âgées et migrants ne maîtrisant pas la langue, -pas de reco,	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique	67
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<130g/l	grâce aux statines -facile(2), -ne dépend pas que du docteur, -faire une biologie c'est facile, récupérer les résultats une perte de temps, -uniquement grâce à l'éditeur de logiciel qui promet un algorithme efficace, -difficile car EI	si risque associé -critère non valide -inadapté pr tous(2), -éducation thérapeutique, -dépend du HDL et plus du patient que du médecin, -lowerbeter is not a good idea, -pas de reco	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique	64
Que 80% des diabétiques aient un fond d'oeil tous les 2 ans	à peu près faisable, -prescrit mais parfois les patients ne le font pas, -reco	rdv trop longs et oubliés(3) -patient va seul chez l'ophtalmologiste et oublie de parler de son diabète -les ophtalmologistes ne répondent pas au courrier -accès difficile dans certains départements(5) -patients disent oui mais n'y vont pas, -démotivation par délais d'attente, -la SS peut récupérer les actes FO, -délais trop longs et FO à l'hôpital non recensés	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique	60
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine	Pas de problème, -mais une statine validée serait plus pertinent	c'est le RCV et pas le diabète qui fait l'indication -statines mal tolérées -remise en cause des statines et pas nécessaire si RHD et programme d'entraînement personnel au 1er plan, -que faire des nombreuses allergies aux statines, -rapport bénéfice risque à réévaluer, -pas de reco	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, -ça m'énervé de voir des patients sous statines alors qu'ils fument toujours, -ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique	68

Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant	facile à prescrire mais est-ce efficace ? - facile à faire - le plus dur est de ne pas oublier, aspirine ou coumadine	CI/EL, intolérance chez les polymédiqués - critère non valide - décision clinique au cas par cas, rapport bri à réévaluer, pas de reco, études contradictoires	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM, en pratique en dehors des symptômes d'artère kardiaque souvent oublié chez les polymédiqués, ça m'énerve de voir des patients sous statines alors qu'ils fument toujours	65
Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA < 140/90 mmHg	En automesure c'est 135/85 - facile(2), uniquement grâce à l'éditeur de logiciel qui promet un algorithme efficace, reco	problème observance(2) - PA souvent variable - modalité d'évaluation ? la meilleure la MAPA hors location d'appareil non PEC par la sécurité sociale, malheureusement patients oublient traitement, après 80 ans risque d'hypotension plus néfaste que l'HTA, fastidieux	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	65
INDICATEURS DE PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE(pertinence pratique)				
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	Quasi inutilité de ces traitements(2) - ne connaît pas - plus facile depuis l'arrêt du remboursement(2), pourquoi pas 0%, pas facile, médicament en moins, saur pour prescriptions ori et oph(2), accord total, facile à faire par la caisse	patients s'accrochent, concerne peu de patients, multiples symptômes améliorés par les traitements fonctions intellectuelles et sensorielles		64
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue	C'est très dur (4) - campagne médiatique aiderait, médicament en moins, facile à faire par la caisse	Difficile d'arrêter ou changer(7) - problème d'accoutumance, que fait-on des patients psy?, difficile personnes âgées, il y a des patients psy et des médecins qui les attirent 10% plus raisonnable, et si le patient refuse de changer, douloureuses négociations	vrai casse tête chez sujet âgé, difficile en libéral, les patients sont souvent sous BZO avant de les rencontrer une façon de les sevrer est de le remplacer par bzd demi vie longue	57
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZO aient un traitement de plus de 12 semaines	accord total, facile à faire par la caisse	Difficile en pratique(6) - dépendance apparaît vite - prescription psychiatrique - manque d'alternatives thérapeutiques, difficile avec nouveaux patients, il y a des patients psy et des médecins qui les attirent 10% plus raisonnable, pression	difficile en libéral	60
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe	modification des calendriers vaccinaux fait poser des questions sur la manière dont sont établies les reco - pas forcément vu car prescription échappe, il faut bien mourir un jour, sauf que ça baisse depuis que les IDE vaccinent à domicile et pour 5 euros(2), la campagne ratée h1n1 a fait des ravages	mauvaise opinion de la vaccination antigrippale suite erreurs de communication(5) - campagnes ciblées d'informations - pas de critère valide - ils refusent(2) - à contre courant de l'opinion publique actuelle, c'est pas les MT qui prescrivent, problèmes depuis les aléas récents, c'est le patient qui décide l'indice mesure seulement la capacité de persuasion?, ingérable avec l'organisation actuelle de la vaccination	beaucoup de patients ne consultent pas régulièrement ou ne viennent pas, comment imposer vaccination non obligatoire, lors des campagnes d'éprouvations du vaccin sont truffés de liens d'intérêts	57
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés	pas forcément vu prescription échappe, il y a beaucoup d'anti depuis bachelot, campagnes ratées	mauvaise opinion erreur de communication(2) - campagnes ciblées d'informations - ça dépend de l'ALD(2) - ciblage de la sécurité sociale fait n'importe comment - difficile de faire accepter les vaccins dans cette population(2) - ils ne viennent pas pour ça - sécurité sociale non à jour dans ses envois, c'est pas les MT qui prescrivent la vaccination, pas réalisable, problème depuis aléas récents, que la sécurité sociale fournisse la liste des patients concernés, sauf que cela baisse depuis que les IDE vaccinent (à domicile et pour 5 euros), ils refusent c'est le patient qui décide l'indice mesure seulement la capacité de persuasion?, ingérable avec l'organisation actuelle de la vaccination	pourquoi les patients ne reçoivent pas le document de la caisse et doivent la relancer, comment imposer vaccination non obligatoire, lors des campagnes d'éprouvations du vaccin sont truffés de liens d'intérêts	56

Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein	faisable vu la campagne médiatique -pas forcément vues, ça marche	Mammo prescrites par gynéco échappent au pourcentage -nécessite plus d'implication des MG en gynéco -certaines femmes ne souhaitent pas ce suivi -Si seulement baisse de mortalité au lieu de iatrogénie -MG non maître du dépistage femmes reçoivent par courrier et font ou pas(4) -gynéco radiologues médias jettent le doute, radio 35km que faire de celles qui ne conduisent pas, beaucoup de questions sur l'utilité et l'innocuité du dépistage, discussion de l'intérêt et surmédicalisation, discutable(2), barre trop haute pr la société française, c'est le malade qui décide, et le gynéco, beaucoup de femmes ds ces âges ne consultent jamais, ne se pose pas en l'absence de pertinence clinique, difficile à appliquer	et la liberté dans tout ça?	55
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	pas forcément vues -si le MG les fait, dieu merci on n'évalue pas encore la vaccination contre l'hpv	Patientes vues par gynéco(2) -difficultés de toucher les femmes plus âgées, femmes difficiles à motiver -trop de frottis pour les unes pas assez pour d'autres -nécessite plus d'implication des MG en gynéco -les non indications du frottis représentent-elles seulement 20% -problème de complaisance -certains MG ne font pas les frottis, nécessité vraies campagnes de dépistage, pas de problème pr celles qui consultent mais les autres ou celles qui vont chez la gynéco pas de résultats, négligence refus peur du résultat, femmes ne répondent pas beaucoup, difficile pr les médecins hommes en cités, c'est le malade qui décide, et le gynéco, beaucoup de femmes dans ces âges ne consultent jamais	recompenser les patientes? acte mieux remboursé?	60
INDICATEURS D'EFFICIENCE (pertinence pratique)				
Que 85% des patientes traitées par antiagrégants plaquetaires le soient par aspirine	tout le monde est d'accord, iec validés, si les spécialistes respectent aussi ce protocole, facile à faire par la caisse, reco par aspirine	prescrit par les hospitaliers selon leur protocole(2)	dépend des indications plavix: brillique effient parfois mieux indiqués, les cardios ne cessent d'associer clopidogrel et aspirine quand ils ne disent pas de laisser le clopidogrel...	70
Que 65% des IEC-sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC(IEC-sartans))	plus facile à instituer et à changer qu'un AAp -Sartans plus chers mais plus efficaces, argument eco, si les spécialistes respectent aussi, facile à faire par la caisse, reco IEC(IEC-sartans))	prescrit par cardio(3) -tous sous IEC(2) -pertinent seulement si initiateur du traitement pas s'il faut changer l'ordonnance	suite récente formation moins IEC plus sartans, pas comprise question	64

Commentaires des MG				
Pertinence médicale				sats Comment aire
1	2	3		
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES				
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'Hba1C par an	en termes de santé publique, -reco, -impossible avec certains patients, - problème individuel et pas par cabinet, -fait partie FMC	inutile si le médecin connaît son patient, - pas de preuves scientifiques, -certains ont besoin de plus, - pas nécessaire si équilibré(2), -ne tient plus compte de l'âge par automesure ou pas..., -si suivi c'est 100% et 3 mieux que 4		53
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient Hba1C<8,5%	études cliniques, -problème individuel et pas par cabinet, -fait partie FMC	pas de preuves scientifiques, - ne correspond à rien de médical, -adapter l'objectif selon les comorbidités, -dépend des patients		58
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient Hba1C<7,5%	études cliniques, -problème individuel et pas par cabinet, -fait partie FMC	pas de preuves scientifiques, - ne correspond à rien de médical, -adapter l'objectif selon les comorbidités(2)	variable selon l'âge	57
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1,5g/l	reco, -études cliniques, -fait partie FMC	certaines voudraient ldl<1, - ne vaut rien isolément, -sauf pr les femmes, -dépend l'âge	remis en cause chez les sujets âgés	57
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1,3g/l	même 1g, -études cliniques, -fait partie FMC	quelles preuves à long terme?, qualité de vie?, -certains voudraient ldl<1, - ne vaut rien isolément, -sauf pour les femmes	remis en cause chez les sujets âgés	57
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans	reco, -peu utile au début de la maladie, -un FO au début et puis selon les résultats, -fait partie FMC	pas de preuves scientifiques, -certains nécessitent ts les ans(2)	pas de données scientifiques probantes	57
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine	reco?(2), - pertinence limitée chez la femme, -études	quelles preuves sur la qualité de vie?, - à confirmer dans le futur, - la seule preuve est chez pizer et résultats douteux, -ce qui compte c'est le résultat par le traitement	pourquoi 75%?, -doute	55
Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant	reco, -par aspirine oui mais anticoagulant?, -études, -fait partie FMC	à confirmer dans le futur, -preuve?, -pourquoi 65%?	données scientifiques contradictoires sur la définition du haut risque cardio-vasculaire notamment chez la femme, -seul?, -remis en cause	56

Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA<140/90 mmHg	recommandations,-études,-pas toujours en gériatrie	90 de minima est considéré par les études comme préjudicatif, - le medecin est-il responsable à 40%?,-pourquoi 60%	une baisse de >20 mmHg est délétère(cf courbe bénéfice/ risque)	58
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE				
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	Quelle justification?	si ces produits sont inefficaces pourquoi traiter 5%?(3) -que fait-on des artériques et angineux	sans effet	59
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue	ce serait le rêve, -éviter chute et troubles mnésiques,-justification? études contradictoires	utopique, - ce sont les plus dures à servir les courtes!, -pourquoi 5%, - ce qui peut compter ce sont les nouvelles prescriptions, -problème de définition de 1/2 vie longue différente entre la France et les anglo-saxons		57
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZD aient un traitement de plus de 12 semaines	conditionnement en boites inadapté aux traitements courts, -ce serait le rêve,-pourquoi 12 pas 11 ou 13	utopique, - bzd naturelles en vente libre (alcool ou tabac même effet), - certains ont besoin de plus, -si on leur donne c'est qu'ils ont besoin,	pourquoi 12%	57
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe	oui	pourquoi 75% si cela est efficace?, -efficacité remise en cause, -j'ai eu une grippe sévère vaccinée	effet protecteur discutable	60
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés	oui,-contenu campagne mais pas par la caisse	pourquoi 75% si cela est efficace?, -efficacité remise en cause		61
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein	même après 74 ans,-pas toujours acceptable à 74ans	pas d'après les études sur l'utilité du dépistage, - remis en cause(2),-non valable;démarche de proposition de dépistage le choix revient aux femmes	données scientifiques explicites pour dire que le bénéfice attendu en terme de santé publique n'est pas obtenu, trop de surtraitements	58
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	reco	pas de preuves scientifiques		63

INDICATEURS D'EFFICIENCE				
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine	études cliniques, -mais clopidogrel mieux et patients le savent,	indicateur typique des pays sous développés : le moins cher, dépend de la pathologie, - économique		61
Que 65% des IEC+sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC(IEC+sartans))	plus d'études sur les IEC que les sartans, -moindre coût, -sans intérêt si ça marche	les IEC ont prouvé leur efficacité pas les sartans, -ils n'ont qu'à adapter les prix, - indicateur économique(3)		58

Commentaires des MG

Pertinence pratique			Saisir Commentaire
1	2	3	
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES			
Que 65% des diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'HbA1C par an	souvent réalisable, -oui si patient observant, -difficile quand population migre, on peut prescrire certains ne le feront pas	très contraignant(2), intérêt si bonne observance?, -calculer si HbA1c entre décembre et janvier est impossible et elle connaît des exceptions individuelles, -patients suivis par diabétologues?, -même prescrit le patient le fait quand il veut(2)	53
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1C<8.5%	souvent réalisable, -ok	marqueur trop dépendant de l'âge, -si le malade ne prend pas son traitement impossible de changer, -difficile(2), -dépend de la bonne volonté du patient pas des médecins(2)	56
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient HbA1C<7.5%	le traitement sert à ça, -souvent réalisable, -ok	dépend de l'âge, -avoir à 80 ans HbA1c entre 7,5 et 8% c'est prudent, -si le malade ne prend pas son traitement impossible de changer, -difficile(2)	55
Que 90% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.5g/l	souvent réalisable, -ok, -facile avec les statines, -si le traitement le permet	objectif difficile(2), -ne tient pas compte des recos âge fdr..., -dépend de la bonne volonté du patient pas des médecins	55
Que 80% ou plus des diabétiques 2 aient LDL cholestérol<1.3g/l	selon patient, -ok, -facile avec les statines, -si le traitement le permet	ne tient pas compte des recos âge fdr..., -dépend de la bonne volonté du patient pas des médecins, -limité par les effets indésirables des médicaments et la compliance aux règles hygiéno-diététiques	56
Que 80% des diabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans	souvent pas de retour des ophtalmologues, -voire annuel	aucun contrôle possible du MT ophtalmologues hors parcours, -accès difficile(4), -il faut que le patient accepte, -impossible ophtalmologues secteur 2, -ce n'est pas le médecin qui prend le rendez-vous, -dépend de la bonne volonté du patient pas des médecins, -sauf hôpital de jour	51
Que 75% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par une statine	plus difficile depuis le livre de Debré, -pas de problème, -statines très efficaces, facile, -discussion redoutable des professeurs Even et Debré sur cette classe thérapeutique	on peut toujours prescrire mais certains ne le feront pas	57
Que 65% des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire soient traités par aspirine ou anticoagulant	réalisable+ppp souvent, -facilement accepté par le patient, -fait partie de la FMC	peu pratique, contrôle de la prise du médicament?, -intolérance à l'aspirine pour certains, -patients peu observants car effets indésirables	57

Que 60% des patients traités par un antihypertenseur aient une PA <140/90 mmHg	effet blouse blanche, -nécessaire,-facile à obtenir avec anti HTA	objectif difficile(2), -contrôle des instruments faits par la CPAM,-impossible en pratique,-souvent difficile à équilibrer,-expérience de l'exercice actuel	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	55
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE				
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	ça ne sert à rien, -de moins en moins utilisés, -je n'en ai aucun	les vasodilatateurs ne sont pas utiles en terme de SMR(2), -patients attachés(2),-encore largement prescrits par ophtalmologues et oto-rhino-laryngologues,-argument économique	sans effet,-tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	53
Que 5% maximum des plus de 65 ans soient traités par benzodiazépines à demi-vie longue	objectif difficile car habitudes très enracinées, -sevrage parfois impossible sauf en hospitalisation	très difficile quand les patients en prennent depuis longtemps(9),-problème de société,-dépend de la patientèle, dur avec les patients psychiatriques	très difficile quand les patients en prennent depuis longtemps(2),-tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	49
Que moins de 12% des patients nouvellement traités par BZD aient un traitement de plus de 12 semaines	on aimerait,-déjà trop long 12 semaines	bzd mieux contrôlables que le tabac ou l'OH, -problème posé par les rechutes des patients aux ATCD psychiatriques lourds qui nécessitent des traitements prolongés, -impossible en pratique(3), -il faudrait moins de dépressifs et de conflits au travail,-les anxieux même éduqués le restent,-problème de société,-dépend des patients, dur avec patients psychiatriques	tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	53
Que 75% des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe	septicisme des patients à l'égard du vaccin	impossible, -je ne suis pas acteur, -trop d'effets indésirables et de réticences(3),-s'ils ne veulent pas on peut pas les forcer(3),-la vaccination mérite une campagne explicative car mauvaise réputation	lobbying anti vaccin trop puissant et politique trop paternaliste, -ils voient les IDE directement,-tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	52
Que 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD et ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe soient vaccinés	sauf que ce sont les IDE qui les voient,-difficile de viser les populations jeunes pour la vaccination	impossible, -je ne suis pas acteur,-refus de certains patients(3), --s'ils ne veulent pas on ne peut pas les forcer(2),-information souhaitable	Ils voient les IDE directement,-tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	52
Que 80% des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées pour le cancer du sein	très pertinent mais on n'ira pas à leur place,-sauf quelques irréductibles,-les personnes dépistées sont généralement déjà bien suivies	aucun contrôle possible du MT gynécologues hors parcours, -beaucoup de refus car douloureux(2), -MT non déclencheur du dépistage(2),-difficile en pratique(2), -le font par gynécologues,-leur en parler oui mais après elles font ce qu'elles veulent,-complexité du suivi croisé gynécologue/généraliste	recommandation ne fait pas l'unanimité,-tâches administratives majeures de transmissions de données et de temps passé pour répondre à la CPAM	50
Que 80% des patientes de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années	sauf quelques irréductibles, -c'est à elles de prendre rendez-vous,-rôle du MT capital,-échappent les femmes qui n'ont pas de suivi régulier	aucun contrôle du MT gynécologues hors parcours, -<Sans, -trop de frottis faits par les gynécologues chez les femmes à moindre risque, -beaucoup de femmes repoussent les délais, -impossible en pratique(2), -geste simple mais mal rémunéré et chronophage,-complexité du suivi croisé gynécologue/généraliste		53

INDICATEURS D'EFFICIENCE				
Que 85% des patients traités par antiagrégants plaquettaires le soient par aspirine		vivre l'entourage des patients, - c'est le cardiologue(4), -trop de cardiologues s'associent aux nouvelles molécules,-coût raisonnable,-aomii pp=1 sinon 2,- trop d'effets indésirables chez les personnes âgées		55
Que 65% des IEC+sartans prescrits soient des IEC (ratio IEC(IEC+sartans))	sauf toux, -mais 4% de toux inexpliquée	les sartans font moins tousser(tolérance)(4), - instauré par les cardiologues(3) -plus de choix sartans	prescriptions initiées par les cardiologues,	53

13) Echanges de mail avec la CRAMIF

Bonsoir,

Je suis étudiante en médecine générale et termine mon cursus.

J'avais suivi le séminaire de formation à l'assurance maladie proposé notamment par le Dr Plazanet, et j'avais gardé votre adresse.

J'écris actuellement ma thèse sur les indicateurs de la rémunération à la performance et notamment sur le choix des indicateurs et leur faisabilité.

Il existe peu de bibliographie et peu de renseignements sur les premiers résultats obtenus. Certes la mise en place est récente, mais peut être existe-t-il déjà des données sur 2012 et 2013 quant aux objectifs atteints par les médecins généralistes.

Quelques chiffres circulent, notamment dans des journaux quotidiens, mais leur fiabilité n'est pas certaine à mon goût.

Aussi j'aurais voulu savoir si vous, ou vos collègues sauriez s'il existe des documents officiels publiés ou sortis concernant les résultats des médecins généralistes sur les objectifs fixés par l'assurance maladie.

Quelqu'un pourrait-il être en mesure de me renseigner pour étayer un peu mon travail,

Je vous remercie,

Bien cordialement,

Magali Ferry DES de médecine générale, paris 6

Bonjour,

Nous avons bien reçu votre courriel et accusons réception de votre demande concernant la rédaction de votre thèse.

Celle-ci a été transmise au Dr Marc Poissonnet, responsable du pôle Relations avec les Professionnels de Santé, dont le domaine de compétences porte notamment sur la convention et la rémunération sur objectifs de santé publique.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information.

Cordialement.

Bonjour Marc,

Je te transfère la demande du Dr Ferry (Cf mail ci-dessous) qui a participé à l'enseignement relatif à l'assurance Maladie en 2012.

Elle recherche un interlocuteur afin d'obtenir des données chiffrées dans le cadre de sa thèse qui porte sur les objectifs de santé publique.

Pourrais-tu lui apporter des éléments de réponse lui permettant d'étayer sa thèse?

Avec mes remerciements.

Bien cordialement.

De la part du Docteur Marc Poissonnet

Bonjour,

Je fais suite à votre demande du 31 janvier dernier relative à la préparation de votre thèse de doctorat consacrée au dispositif de rémunération à la performance.

Je vous propose de nous rencontrer le :

- mardi 18 mars 2014 à 15 heures

à la Direction Régionale du Service Médical

pièce 3009 - 3ème étage

17-19 avenue de Flandre - 75019 Paris

Je vous remercie de bien vouloir me confirmer par retour de courriel si cette date vous convient.

Très cordialement

Bonjour,

Merci beaucoup pour votre réponse.

Malheureusement je ne pourrai pas vous rencontrer le 18.03.2014, je suis à l'étranger du 14.03 au 23.03.2014.

En revanche je suis disponible les lundi 3 mars, mardi 4 mars (le matin seulement), lundi 24 mars et mardi 25 mars si cela peut vous convenir, avec une préférence pour le 3 ou le 4 (le plus tôt).

Je reste à votre disposition et vous remercie une nouvelle fois,

Bien cordialement, Magali Ferry

De la part du Docteur Marc Poissonnet

Bonjour,

En réponse à votre courriel, je vous confirme notre rencontre le :

- mardi 25 mars 2014 à 10 heures

à la Direction Régionale du Service Médical

pièce 3009 - 3ème étage

17-19 avenue de Flandre - 75019 Paris

Par ailleurs, au cas où vous le souhaiteriez, je vous propose d'assister à un module de formation à l'intention des internes de médecine générale consacré à la convention médicale et au dispositif de rémunération à la performance, que j'animerai le :

- lundi 10 mars 2014 à 15 heures

Salle des conférences - 17-19 avenue de Flandre - 75019 Paris.

Faites-moi savoir si vous êtes intéressée pour y participer.

Très cordialement

Bonjour,

Je vous remercie et confirme le rendez-vous du 25 mars 2014 à 10 heures.

En revanche je ne pourrai pas assister au module de formation le 10 mars car je suis déjà engagée sur un remplacement. Mais je vous remercie de votre proposition.

Bien cordialement,

Magali Ferry

RESUME

Introduction : La convention médicale de 2011 a introduit une nouvelle rémunération, à la performance, basée sur 29 indicateurs dotés de points. Ceux-ci concernent divers domaines de la médecine générale, mais leur bien-fondé pose question. Nous voulions évaluer la pertinence médicale et pratique de 18 des 29 indicateurs et comparer l'opinion de médecins généralistes formés et non formés. **Méthode :** Nous avons réalisé une revue de la littérature et un questionnaire adressé à 200 médecins généralistes d'Ile-de-France et plus de 2000 généralistes adhérant à la SFTG en France. **Résultats :** Dans la littérature, 14 indicateurs relevaient de recommandations HAS dont 3 grade A/B et 3 controversés. 4 différaient des recommandations. En pratique, aucun n'était à l'objectif sauf les vasodilatateurs. Les indicateurs de suivi et d'efficacité progressaient en partie, ceux de prévention/santé publique stagnaient ou régressaient. Pour les généralistes, la majorité des indicateurs était médicalement pertinente avec une différence significative entre les 2 groupes pour les antiagrégants plaquettaires chez les diabétiques de type 2 à haut risque, le dépistage du cancer du sein, la prescription d'IEC (p : 0.008, 0.001, 0.009). Aucun n'était pertinent pour la faisabilité avec une différence significative pour le LDL<1.3g/l, l'HbA1C<7.5%, les IEC (p : 0.037, 0.017, 0.013). **Conclusion :** Les indicateurs sont globalement pertinents médicalement mais pas en pratique. Littérature et opinion des médecins sont superposables sur le plan médical mais pas pratique. Les différences entre les 2 groupes concernent les controverses, les médecins SFTG étant plus critiques et plus proches de la littérature.

MOTS-CLES

« Bonnes pratiques », « médecins généralistes », « salaire au mérite », « Convention (Sécurité Sociale) »

SUMMARY

Introduction : The medical convention of 2011 introduced a new remuneration, “pay for performance”, based on 29 indicators with points. These relate to various areas of general medicine, but their pertinence is questionable. We wanted to assess the medical and practical relevance of 18 of the 29 indicators and compare the views of GPs trained and untrained. **Method :** We conducted a literature review and a questionnaire sent to 200 GPs in Ile-de-France and more than 2000 GPs adhering to the SFTG in France. **Results :** In the literature, 14 indicators were within HAS recommendations including 3 grade A/B and 3 controversial. 4 differed from the recommendations. In practice, none reached the target except vasodilators. Monitoring indicators and efficiency indicators progressed overall, prevention/public health stagnated or regressed. For GPs, most of the indicators were medically relevant with a significant difference between the 2 groups for antiplatelet agents in type 2 diabetes at high risk, screening for breast cancer, prescription of ACE inhibitors (p : 0.008, 0.001, 0.009). None was relevant to the feasibility with a significant difference for LDL<1.3g/l, A1C<7.5%, ACE inhibitors (p : 0.037, 0.017, 0.013). **Conclusion :** Indicators are generally medically relevant but not in practice. Literature and opinion of doctors are stackable medically but not in practice. The differences between the two groups concern the controversy, SFTG doctors being the most critical and the closest to the literature.