

# Études et Résultats



PANEL D'OBSERVATION DREES  
des pratiques et des conditions d'exercice ORS  
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

N° 873 • février 2014

## Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers

Les conditions d'exercice de la médecine générale connaissent des évolutions importantes. Le paiement à la performance, généralisé depuis 2012, et la coopération avec les infirmiers, pratique encore à un stade essentiellement expérimental, sont deux dispositifs emblématiques.

La quasi-totalité des médecins interrogés à la fin 2012 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville déclarent avoir adhéré à la Rémunération sur objectifs de santé publique mise en place par l'Assurance maladie en janvier 2012, et 80 % d'entre eux pensent pouvoir en remplir la majorité des objectifs. En revanche, ils sous-estiment nettement la rémunération qu'ils pourraient percevoir grâce à ce dispositif.

Un tiers d'entre eux se déclarent favorables à des coopérations avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches. Cependant, ce résultat est très sensible au mode de financement d'un tel dispositif : la coopération est nettement plus acceptée (dans les deux tiers des cas) dans un scénario où l'auxiliaire médical serait entièrement rémunéré par un forfait extérieur. Les tâches qui relèvent des compétences réglementaires du médecin telles que les prescriptions seraient moins volontiers déléguées à un infirmier, contrairement aux actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle.

**Sophie MASSIN<sup>1</sup>, Alain PARAPONARIS<sup>1</sup>, Marion BERNHARD<sup>1</sup>, Pierre VERGER<sup>1</sup>, Marie CAVILLON<sup>2</sup>, Fanny MIKOL<sup>2</sup>, Bruno VENTELOU<sup>1</sup>**

1. Observatoire régional de la santé Provence - Alpes - Côte d'Azur, université Aix-Marseille UMR 912

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

**Remerciements** : Les auteurs et les membres du comité de pilotage remercient les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, ainsi que les membres du groupe de travail ayant contribué à cette vague d'enquête, notamment Sara-Lou Gerber (Direction de la Sécurité sociale), pour leurs précieux conseils.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère de l'Économie et des Finances  
Ministère des Affaires sociales et de la Santé  
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social



**L**es conditions d'exercice de la médecine générale ont connu des évolutions importantes depuis quelques années. Certaines de ces évolutions, comme la rémunération en fonction d'objectifs de santé publique (paiement à la performance, incitations à l'installation dans des zones en sous-densité médicale...) ou l'émergence de nouvelles formes de travail en équipe, conduisent à s'écarter de la vision traditionnelle de la relation entre un médecin et un patient. Il est donc important de connaître les opinions et les attitudes des médecins généralistes face à deux dispositifs emblématiques de ces changements : le paiement à la performance (encadré 1), généralisé depuis janvier 2012, et la coopération entre médecins généralistes et infirmiers en ville, pratique encore à un stade essentiellement expérimental. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exer-

cice en médecine générale (encadré 2) permet d'aborder ces questions, à l'occasion de sa cinquième vague, menée à l'automne 2012.

### **Le système de paiement à la performance : un impact encore peu connu**

Le système de paiement à la performance rémunère les médecins selon des résultats obtenus sur une série d'objectifs liés à la qualité des soins et à des missions de santé publique (encadré 1). L'efficacité de ces nouveaux moyens de rémunération quant à la qualité et l'efficience des soins est discutée, notamment en raison de la difficulté à mener des évaluations rigoureuses (OCDE, 2011). La littérature scientifique indiquerait un impact positif mais limité sur la qualité des soins (Petersen *et al.*, 2006). Ces dispositifs sont relativement coûteux et dans certains cas peuvent s'avérer n'être qu'un simple

« effet d'aubaine » pour les médecins, en particulier si les exigences sont faibles pour atteindre les objectifs (Da Silva, 2013 ; Doran *et al.*, 2008). L'effet positif sur la qualité des soins peut également être affaibli si certains praticiens privilégient les tâches contractualisées les mieux rémunérées, au détriment d'autres actions nécessaires mais moins valorisées : cet effet « réverbère » a été mis en évidence au Royaume-Uni (Campbell *et al.*, 2009). L'adhésion des professionnels au dispositif se heurte aussi au fait qu'à partir du moment où l'on rémunère une action considérée comme « allant de soi » dans l'exercice de son métier, on change son statut, passant de norme professionnelle, ou d'impératif déontologique, à un statut marchand. On prend alors le risque que l'action soit ramenée à une simple transaction avec certains professionnels qui choisiraient de ne pas la réaliser, compte tenu de son niveau de rémunération (il y a « éviction des motivations intrinsèques par les incitations »)<sup>1</sup>. Il n'en reste pas moins que le paiement à la performance, en incitant à améliorer la qualité plutôt que la quantité de soins prescrits, constitue une alternative aux autres systèmes de rémunération, notamment au système de paiement à l'acte prépondérant en France, dont certains effets inflationnistes sur l'offre de soins ont pu être observés (Albouy et Deprez, 2008). L'utilisation du paiement à la performance, en complément des autres systèmes de paiements existants, suscite donc un intérêt croissant dans les pays développés.

En France, le système de paiement à la performance a été généralisé en 2012 à l'ensemble des adhérents à la convention des médecins, à travers la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Plusieurs années de recul sur l'observation de ce système seront nécessaires pour mesurer son impact. Néanmoins, la dernière vague d'enquête du panel de médecine de ville (encadré 2) permet d'apporter des éléments d'éclairage sur la façon dont il est perçu par les professionnels.

#### **ENCADRÉ 1**

### **Le dispositif de paiement à la performance**

Le système de paiement à la performance rémunère les médecins selon des résultats obtenus sur une série d'objectifs liés à la qualité des soins et à des missions de santé publique. Ce dispositif a été appliqué au Royaume-Uni en 2004, sous le nom de Quality and Outcomes Framework (Bras et Duhamel, 2008). Il intégrait des indicateurs-objectifs reflétant le suivi des recommandations de bonnes pratiques émises par les hautes autorités de santé publique.

En France, ce système s'est mis en place à titre optionnel à travers le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en 2009. Les indicateurs individuels concernaient la prévention, le suivi des pathologies chroniques, l'organisation du cabinet, ainsi que l'optimisation des prescriptions. En avril 2011, 16 000 médecins avaient signé un CAPI, soit plus d'un praticien éligible sur trois, selon l'Assurance maladie. L'adhésion des médecins du panel au dispositif est proche du chiffre national de 2011 : 38 % des médecins de l'échantillon déclarent avoir signé un CAPI. Une analyse toutes choses égales par ailleurs montre que suivre un nombre élevé de patients est associé positivement au fait d'adhérer au CAPI<sup>1</sup>. Cela suggère un comportement d'adhésion cohérent avec la rémunération liée au CAPI qui augmente avec le niveau d'activité du médecin.

En 2011, la nouvelle Convention des médecins a permis la généralisation du système de paiement à la performance. Le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) mis en place le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (avec un premier versement en avril 2013) se substitue au CAPI. Les médecins pouvaient refuser d'en faire partie sous réserve d'en avertir par courrier l'Assurance maladie dans les trois mois suivant la réception de la Convention. Tout comme le CAPI, la ROSP repose sur des indicateurs (29 au total) couvrant l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale.

À noter qu'en France ces deux systèmes (CAPI et ROSP) ne peuvent se traduire que par une augmentation de la rémunération par rapport à une situation où ces dispositifs seraient inexistantes. Autrement dit, financièrement, les médecins ont tout intérêt à adhérer.

1. On exclut de l'analyse les 5 % de médecins ayant l'activité la plus faible (en nombre de patients vus au moins une fois en consultation dans l'année), du fait de l'existence de seuils minimums dans le nombre de patients suivis ou de médicaments prescrits pour remplir la plupart des objectifs du CAPI : une partie de ces médecins ne remplissent donc tout simplement pas les conditions pour y adhérer.

## Méthodologie

En juin 2010, un panel national de médecins généralistes libéraux, doté de trois extensions régionales, a été mis en place grâce à un partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Bourgogne, Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côte d'Azur. À raison d'une enquête par semestre pendant trois ans, les mêmes médecins sont interrogés sur leurs pratiques (modalités de prise en charge des patients selon les pathologies, etc.) et leurs conditions de travail, tout en recueillant leurs opinions sur ces modalités d'exercice.

### Construction de l'échantillon

La base de sondage a été obtenue à partir du répertoire ADEL qui recense l'ensemble des professions de santé réglementées par le Code de la santé, de la famille et de l'aide sociale. Un appariement avec le Système national d'information interrégimes de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (SNIIR-AM) a permis de ne retenir que les praticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année et d'ajouter un indicateur de son activité libérale. Les médecins avec un exercice exclusivement salarié (médecins hospitaliers, en centre de santé), ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier (MEP) exclusif (homéopathie, acupuncture...) ont été exclus. Les échantillons ont été constitués par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, le type de la commune d'exercice et le volume d'activité des médecins.

La cinquième vague d'enquête a eu lieu à l'automne 2012. Au total, 2 077 médecins ont été sollicités par courrier, puis par téléphone (entretiens réalisés à l'aide du système CATI : Computer Assisted Telephone Interview) pour aboutir à un échantillon de 1 904 répondants. Les données ont été repondérées afin d'être représentatives de l'ensemble des médecins généralistes français selon l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et le nombre d'actes réalisés. Les analyses présentées dans cette étude sont issues du seul échantillon national (1 136 médecins).

### Questionnaire

Le questionnaire comprenait une centaine de questions portant sur l'opinion des médecins généralistes par rapport aux domaines suivants :

- les recommandations de bonnes pratiques concernant deux maladies : l'asthme et l'angine ;
- le paiement à la performance ;
- la coopération avec les infirmiers, avec des questions relatives à une dizaine de tâches « transférables » : éducation thérapeutique du patient diabétique, prescription de HbA1c pour un patient diabétique, frottis, vaccination, éducation nutritionnelle, interrogation de patients sur leur histoire professionnelle ou leurs habitudes de vie, accompagnement pour l'arrêt du tabac, surveillance de la tension artérielle, réalisation de certains gestes techniques (ECG, suture...), tests TDR (diagnostic rapide de l'angine), tâches administratives...

Une dernière partie a porté sur l'attitude des médecins généralistes face au risque.

### Analyses statistiques

L'essentiel des analyses repose sur des techniques statistiques très standard (statistiques descriptives et régressions logistiques). Pour l'analyse des tâches que les médecins seraient prêts à déléguer, une analyse des correspondances multiples<sup>1</sup> (ACM) a été réalisée, suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) menée à partir des deux premiers axes<sup>2</sup> de l'ACM ; l'objectif étant de regrouper les médecins en sous-ensembles homogènes. Notons qu'il n'existe pas de test statistique indiscutable permettant de déterminer le nombre optimal de classes à retenir : le choix se fait de manière à garder le maximum d'informations tout en ayant des classes suffisamment interprétables. Ce choix est donc généralement subjectif.

1. Dans la mesure où notre analyse repose sur des variables dichotomiques (le fait d'être favorable ou non à la délégation de certaines tâches).

2. Les deux premiers axes résument 90 % de l'information.

## Les médecins adhèrent largement à ce nouveau dispositif de rémunération

Dans l'enquête, un médecin sur deux déclare avoir pris connaissance du nouveau système de rémunération de manière rapide et un sur trois dans le détail. La plupart des médecins ont adhéré à la ROSP, puisque les médecins du panel sont seulement 5 % à déclarer l'avoir explicitement refusée. Le fait d'avoir signé un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) les années précédentes est corrélé positivement à l'acceptation du nouveau dispositif. Seuls 3 % des médecins déclarant avoir signé un CAPI ont explicitement refusé la ROSP contre 6 % des non-signataires.

80 % des médecins interrogés pensent pouvoir remplir la majorité

des 29 objectifs définis dans le dispositif, mais ils sont seulement 2 % à penser pouvoir remplir la totalité. Les hommes sont plus confiants que les femmes (tableau 1). Cet effet rejoint celui observé sur le CAPI, dont l'adhésion facultative a été plus importante chez les hommes. De plus, la signature d'un CAPI est associée à une opinion positive des médecins sur leur capacité à réaliser les objectifs de la ROSP (tableau 1).

Les médecins considèrent dans leur grande majorité que les objectifs ont été définis pour permettre à l'Assurance maladie de réaliser des économies ; plus d'un praticien sur deux considère qu'ils visent aussi à améliorer la prise en charge des patients (graphique 1). Deux tiers d'entre eux pensent que la ROSP ne va pas changer leurs pratiques et

parmi eux, deux tiers prétendent également pouvoir atteindre la majorité des objectifs, témoignant d'une certaine assurance quant à leur capacité à les remplir (en l'état de leur définition).

La tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques fait partie de la ROSP : en 2012, 73 % des médecins généralistes ont justifié de la présence d'un équipement permettant de tels enregistrements (CNAMTS, 2013). Dans l'enquête, les praticiens ont été interrogés sur leur disposition à aller encore plus loin dans l'intégration de renseignements au dossier informatique du patient : seraient-ils favorables à l'introduction d'un nouvel objectif consistant à enregistrer les codes diagnostiques pour chaque consultation ? Une large majorité

(à plus de 70 %) y sont réticents, et parmi ceux qui y souscriraient, plus des trois quarts souhaiteraient que le nombre de points associés à cet indicateur soit au moins aussi élevé que celui lié à la tenue du dossier médical informatisé déjà existant.

### Les rémunérations sont sous-estimées

Selon l'Assurance maladie, les médecins assurant le suivi de plus de 200 patients toucheront en moyenne 5 300 euros à la fin de la première année de fonctionnement de la ROSP (CNAMTS, 2013). Les médecins de l'enquête sous-estiment nettement cette rémunération : pour le respect des objectifs de la ROSP, 16 % espèrent être rémunérés entre 500 et 2 000 euros, 22 % entre 2 000 et 5 000 euros et seulement 8 % plus de 5 000 euros. 10 % des médecins estiment même qu'ils ne seront pas rémunérés au-delà de 500 euros. Néanmoins, près d'un médecin sur deux ne s'est pas prononcé, ce qui peut s'expliquer par la nouveauté du dispositif et sa complexité, l'enquête ayant notamment eu lieu quelques mois seulement après le lancement de la ROSP.

La rémunération liée à certains objectifs ne reflète pas toujours parfaitement la perception qu'ont les praticiens de la difficulté à les remplir. Ainsi, environ 75 % d'entre eux pensent pouvoir remplir l'objectif relatif aux antibiotiques<sup>2</sup> et 85 % celui lié à la prévention cardio-vasculaire des patients diabétiques<sup>3</sup>. Seuls 40 % considèrent ces deux objectifs de difficulté égale, alors que ceux-ci sont rémunérés de manière identique en termes de points. Les trois quarts des médecins seraient favorables à une allocation des points « 60 % / 40 % » en faveur du premier indicateur contre la répartition actuelle « 50 % / 50 % ». Entre les deux, prescrire moins d'antibiotiques semble être ainsi perçu comme une tâche plus difficile. Pour autant, des améliorations de pratique ont été enregistrées sur ces deux objectifs en 2012 dans des proportions similaires (CNAMTS, 2013).

Les médecins les plus âgés, comparés à leurs jeunes confrères, consi-

■ TABLEAU 1

### Opinions des médecins sur la réalisation des objectifs de la ROSP\*, selon le genre et l'adhésion au CAPI\*\*

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.

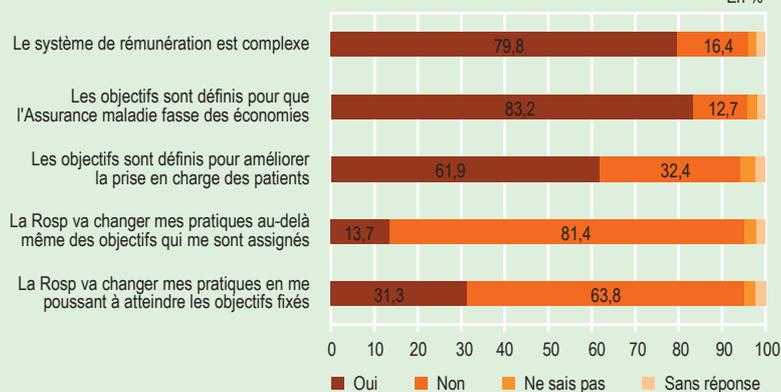
Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

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.

■ GRAPHIQUE 1

### Opinions des médecins sur la ROSP\*

En %



\* ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique.

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.

dèrent que l'objectif concernant la prévention cardio-vasculaire des patients diabétiques est moins difficile à réaliser. Une patientèle plus souvent âgée, dont les cas de diabète sont plus fréquents, peut leur conférer une certaine expérience et expliquer cet écart. En revanche, la réalisation du premier indicateur lié à la prescription d'antibiotiques apparaît aussi difficile quel que soit l'âge du praticien.

### Un praticien sur trois est favorable au transfert de certaines tâches à une infirmière

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) prévoit<sup>4</sup> que les professionnels de santé puissent s'engager, à

leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Cet article entérine, entre autres, la possibilité de déléguer des actes du médecin généraliste à l'infirmière en cabinet de ville. De telles coopérations ont déjà prouvé leur efficacité à travers certaines expérimentations (Bourgueil *et al.*, 2008). Cependant, ces pratiques restent peu développées en médecine de ville en France, sinon de façon informelle, en raison notamment des possibilités de rémunération jusqu'à présent très restreintes<sup>5</sup>. Si la loi HPST n'impose pas *a priori* de schéma de rémunération type, les expériences étrangères suggèrent qu'une des conditions de

2. Moins de 37 prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients vus dans l'année.

3. 75 % d'entre eux à traiter par statines.

4. Article L. 4011-1 du Code de la santé publique.

5. Jusqu'en janvier 2014, il n'y avait pas de rémunération possible hors certains fonds d'intervention des agences régionales de santé et hors cadre expérimental. Cette difficulté est désormais juridiquement levée par l'article 35 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2014, qui instaure la possibilité d'un financement national.

réussite pour le développement de telles collaborations dans le champ des soins de premiers recours est l'instauration de modes de paiement sur une base collective (Delamaire *et al.*, 2010), pouvant se traduire, dans le cas de professionnels libéraux, par des rémunérations forfaitaires versées aux paramédicaux pour l'ensemble de l'activité qui leur serait déléguée. Or, actuellement en France, le paiement à l'acte est le mode prédominant de rémunération pour tous les professionnels de santé de ville, qui organise et entretient une certaine indépendance des pratiques.

L'efficacité et l'efficience du partage de compétences ont été évaluées dans le cas de pratiques étrangères<sup>6</sup> : on n'observe pas de dégradation de la qualité des soins, et le service rendu au patient est plus diversifié (Sibbald *et al.*, 2004). Mais le coût financier induit peut être important : les économies réalisées en transférant les tâches des médecins aux infirmiers peuvent être tout ou partie neutralisées par d'autres facteurs, comme des temps de consultations infirmiers plus longs que ceux des médecins ou un plus grand nombre d'orientations de patients vers des spécialistes (Delamaire *et al.*, 2010). Un surcoût peut également être enregistré à court terme, les consul-

tations de l'infirmier étant susceptibles de se cumuler avec celles du médecin le temps que le transfert des tâches soit effectif et se fasse en toute confiance pour ce dernier.

L'opinion des médecins du panel sur ce genre de coopérations (encadré 2) a été recueillie selon trois scénarios, proposés aléatoirement à trois sous-échantillons de médecins : dans le premier scénario, la rémunération du délégué-infirmier est entièrement prise en charge par l'Assurance maladie, dans le deuxième scénario par les médecins et dans le troisième à parts égales entre ces deux financeurs<sup>7</sup>.

Un tiers des médecins interrogés sont favorables à la délégation d'une ou plusieurs tâches à une infirmière qui serait rattachée à leur cabinet pour quelques permanences dans la semaine (graphique 2). Leur réticence varie avec le mode de rémunération du délégué-infirmier : plus le scénario engage les revenus des médecins, moins ceux-ci sont enclins à déléguer certaines tâches. Dans le troisième scénario, seulement 18 % d'entre eux y sont favorables, alors qu'ils sont 60 % lorsque le délégué-infirmier est entièrement rémunéré par l'Assurance maladie. Somme toute, l'accueil apparaît favorable mais pas enthousiaste. Une partie importante des médecins semble

opposer un désaccord de principe au fait de déléguer certaines tâches. Le même constat avait été dressé il y a quelques années à un échelon plus local, lors d'une précédente enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes exerçant dans la région Provence - Alpes - Côte d'Azur : 35 % d'entre eux opposaient déjà un refus de principe à l'emploi d'auxiliaires de santé pour se décharger de certaines activités correspondant à des qualifications moindres (Ventelou *et al.*, 2007).

### Les limites à la coopération selon les médecins

Pour les deux tiers des médecins, les deux principaux freins au transfert de tâches seraient la difficulté de trouver une infirmière disponible et le risque de voir leur responsabilité légale engagée (graphique 3). L'item « cela nuirait à la qualité des soins » arrive en dernière position, mais prend de l'importance au fur et à mesure que la prise en charge financière du délégué-infirmier par le cabinet augmente.

Six médecins sur dix considèrent que l'intervention d'une infirmière améliorerait la qualité des soins prodigués au patient, 53 % qu'elle leur permettrait de revoir le contenu de leur consultation pour une meilleure prise en charge et 40 % qu'ils pourraient utiliser le temps gagné pour leur développement personnel. En revanche, seuls 37 % considèrent que cette coopération leur permettrait de dégager du temps pour réaliser les tâches administratives et 36 % pour effectuer des consultations supplémentaires. Lorsque l'on distingue les réponses selon les scénarios, les effets positifs de la coopération sont systématiquement majorés lorsque le financement repose sur l'Assurance maladie.

Une liste de tâches « transférables » a été soumise aux médecins<sup>8</sup> (encadré 2). Les tâches qui relèvent des compétences réglementaires du médecin telles que les prescriptions ou encore les gestes médicaux seraient moins volontiers déléguées à une infirmière : la moitié seulement des praticiens seraient prêts à déléguer la prescription de HbA1c pour

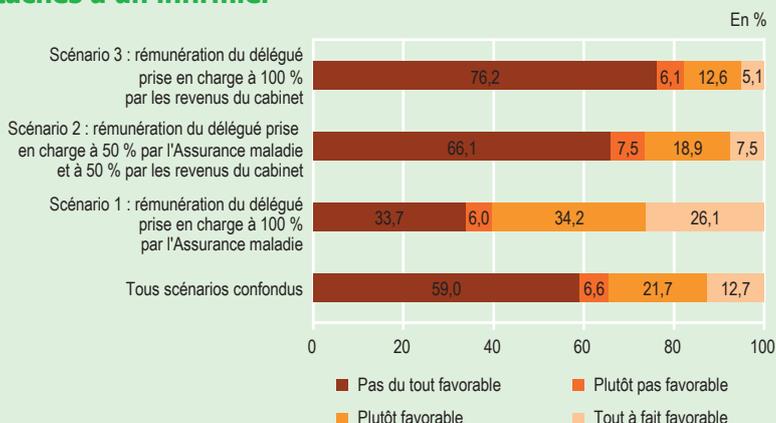
6. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, les infirmières suivent une formation spécifique qui les rend compétentes pour s'occuper d'une partie des soins primaires. En Grande-Bretagne, elles reçoivent la qualification de *nurse practitioner*.

7. La formulation de la question n'indiquait pas que le médecin généraliste serait mieux rémunéré pour prendre en charge financièrement le délégué.

8. Pour des raisons de cohérence, les médecins qui se sont déclarés très défavorables à la délégation (59 %) n'ont pas été sollicités pour ces questions.

GRAPHIQUE 2

### Disposition des médecins à déléguer une ou plusieurs tâches à un infirmier



**Note** • Chacun des trois scénarios a été proposé aléatoirement à un tiers des médecins de l'échantillon. Les résultats « tous scénarios confondus » ne reflètent donc qu'une moyenne entre les deux scénarios « extrêmes » (scénarios 1 et 3) et le scénario « médian » (scénario 2).

**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.

un patient diabétique et 35 % à déléguer la réalisation d'un frottis cervical (graphique 4). En revanche, ils sont plus de 80 % à souhaiter transférer des tâches qui relèvent de l'éducation thérapeutique du patient diabétique ou asthmatique, de l'éducation nutritionnelle, de la surveillance de la tension artérielle ou encore de l'accompagnement des patients dans l'arrêt de la consommation de tabac. Il s'agit en partie d'activités que les infirmiers peuvent déjà réaliser de façon légale aujourd'hui, depuis la loi HPST. Par ailleurs, la réalisation de tâches administratives (mise à jour du dossier médical du patient, codage diagnostique, etc.) ne figure pas parmi les tâches que délégueraient prioritairement les médecins. Cela viendrait en huitième position, avec 64 % des médecins qui adhèrent à la perspective de déléguer ces tâches.

### Trois profils de médecins

Pour établir une typologie de médecins selon leur perception des différentes tâches à déléguer, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a été réalisée à partir des données relatives au contenu de la délégation (encadré 2). Trois profils de médecins se dessinent parmi ceux qui ne sont pas totalement réfractaires à la délégation de tâches. Un premier groupe, réunissant près de la moitié des médecins (tableau 2)<sup>9</sup>, est favorable à la délégation de pratiquement toutes les tâches abordées dans le questionnaire : tâches éducatives, gestes simples (prise de la tension artérielle) ou requérant une certaine technicité (électrocardiogramme), tâches d'interrogatoire nécessitant un savoir-faire médical et tâches administratives. Les médecins de ce premier groupe sont en revanche peu enclins à déléguer des gestes techniques plus délicats (frottis cervical). Ils sont relativement jeunes et exercent plus souvent en milieu rural. Les médecins du deuxième groupe (27 %) sont, pour leur part, majoritairement défavorables au transfert de la plupart des tâches, en particulier les gestes requérant une certaine technicité ou les prescriptions. Il s'agit

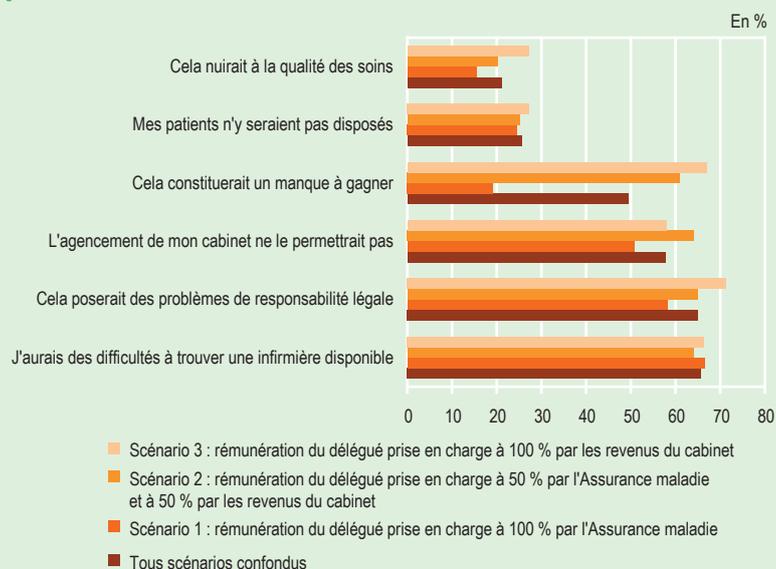
9. Hors les médecins s'étant déclarés très défavorables à la délégation de tâches (59 % de l'ensemble des médecins généralistes).

plus souvent d'hommes exerçant en zone urbaine, avec un faible volume d'activité. Quant aux médecins du dernier groupe (25 %), leur profil est intermédiaire : très défavorables à la

délégation de tâches au cœur de leur métier (interrogatoire des patients, prescriptions d'examen complémentaires tels que l'hémoglobine glyquée [HbA1c]), ils délèguent plus

GRAPHIQUE 3

### Difficultés liées à la délégation de tâches évoquées par les médecins



Note • Chacun des trois scénarios a été proposé aléatoirement à un tiers des médecins de l'échantillon. Les résultats « tous scénarios confondus » ne reflètent donc qu'une moyenne entre les deux scénarios « extrêmes » (scénarios 1 et 3) et le scénario « médian » (scénario 2).

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.

GRAPHIQUE 4

### Part des médecins favorables à la coopération avec un infirmier selon le type de tâches déléguées



Note • Chacun des trois scénarios a été proposé aléatoirement à un tiers des médecins de l'échantillon.

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national ne s'étant pas déclarés « totalement défavorables » à la délégation d'une ou plusieurs tâches à un infirmier (soit 41 % de l'échantillon), 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.

facilement le conseil éducatif ou la surveillance de la tension. Plutôt urbains et d'âge moyen, ils exercent plus souvent en cabinet de groupe que les autres médecins, à l'instar de leurs confrères du premier groupe, très favorables à la coopération.

Les praticiens semblent donc vouloir avant tout gagner du temps en se déchargeant des tâches chronophages, tout en souhaitant que celles-ci soient assurées par une personne suffisamment qualifiée sur le plan médical, et pas simplement par une assistante administrative. Ils sont d'ailleurs 62 % à déclarer qu'une telle délégation devrait être confiée à une personne disposant d'une qualification présentée dans le questionnaire comme « infirmier en soins primaires », avec une formation allant au-delà de celle requise pour le métier d'infirmier. En outre lorsqu'ils consentent à déléguer, plus leur participation dans le financement est importante, plus ils sont disposés à aller loin dans le transfert de certaines tâches, incluant le frottis cervical ou la prescription de HbA1c pour un patient diabétique. Ils percevraient ainsi ce financement intégré comme un lien hiérarchique qui les disposerait plus facilement à déléguer. De fait, si dans le cas d'un financement par le cabinet, les médecins favorables à la délégation sont minoritaires (18 %), ils sont aussi ceux qui envisagent d'aller le plus loin.

Pour conforter ces résultats, une analyse toutes choses égales par ailleurs permet d'étudier les caractéristiques associées au fait d'être favorable ou non à la délégation de tâches (tableau 3). Elle indique que plus le financement est intégré, plus les médecins sont défavorables à la délégation de tâches. Les plus âgés n'exerçant pas en cabinet de groupe, ainsi que ceux révélant une « aversion au risque » élevée<sup>10</sup> vis-à-vis de la santé de leur patient, sont les plus réticents à cette pratique. Plus le volume d'actes réalisés par le médecin est important, plus il y est favorable. Ce résultat illustre bien le fait que la coopération serait, dans l'esprit du médecin, l'occasion de rationaliser son temps, en transférant les activités

■ TABLEAU 2

## Typologie des médecins selon leur propension à déléguer certaines tâches\*

En %

		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
		Médecins les plus favorables à toutes les tâches	Médecins peu favorables au groupe de tâches A	Médecins peu favorables au groupe de tâches B	Médecins très défavorables à la délégation de tâches**
		N=234	N=126	N=117	N=651
<b>Type de tâches transférables (pourcentage de médecins favorables)</b>					
Groupe A	Éducation thérapeutique du patient diabétique ou asthmatique	100	66,4	100	
	Éducation nutritionnelle	99,3	61,5	98,1	
	Surveillance de la tension artérielle	99,5	67,5	89,7	
	Accompagnement des patients lors de l'arrêt de la consommation de tabac	98,3	48,6	92,0	
	Tests de diagnostic rapide réalisés au cabinet	88,8	55,6	63,9	
	Vaccination et application du calendrier vaccinal	86,7	62,6	63,1	
	Réalisation de certains gestes techniques (ECG, suture...)	76,5	47,9	68,3	
Groupe B	Interrogation des patients sur leur « curriculum laboris »	89,2	58,3	13,1	
	Interrogation des patients sur leurs habitudes de vie	93,7	63,3	27,6	
	Réalisation de tâches administratives (mise à jour du dossier médical du patient, codage diagnostique...)	77,7	59,8	49,9	
	Prescription de HbA1c pour un patient diabétique	69,7	42,2	14,6	
	Frottis cervical	47,0	23,5	23,3	
<b>Type de scénarios</b>					
Financement intégral par l'Assurance maladie		49,5	55,2	54,3	18,3
Financement pour moitié sur les revenus du cabinet		29,5	25,8	27,4	37,3
Financement intégral sur les revenus du cabinet		21,0	19,1	18,2	44,4
<b>Adhésion au contrat d'amélioration des pratiques individuelles</b>		38,5	25,9	42,8	38,7
<b>Hommes</b>		71,9	76,1	70,4	72,8
<b>Âges</b>					
Moins de 49 ans		38,5	33,9	35,8	29,1
Entre 49 et 56 ans		35,0	38,0	42,2	34,0
Plus de 56 ans		26,5	28,1	22,0	36,9
<b>Lieux d'exercice***</b>					
Espace rural		24,5	18,4	21,8	20,1
Couronne périurbaine		20,0	21,1	17,0	17,7
Aire urbaine		55,5	60,5	61,2	62,2
<b>Volume d'activité (nombre de consultations annuelles)</b>					
Moins de 2 849 (quartile 1)		13,4	21,1	13,9	24,1
De 2 849 à 5 494		59,8	50,1	58,1	52,2
Plus de 5 494 (quartile 4)		26,8	28,8	28,0	23,7
<b>Cabinet de groupe</b>		61,90	53,80	63,80	50,30

\* Classification obtenue par ACM (analyse des correspondances multiples), puis par CAH (classification ascendante hiérarchique).

\*\* Ces médecins n'ont pas été interrogés sur le type de tâches. Le groupe 4, totalement réfractaire à la délégation de tâches, est indiqué ici pour mémoire. Ces médecins répondent être d'emblée « très défavorable » au principe même de la délégation d'une ou plusieurs tâches à un infirmier, et n'ont pas été interrogés sur les différentes tâches. À noter que ce groupe est composé en moyenne de médecins plus âgés, exerçant dans des communes urbaines, avec une activité plus faible.

\*\*\* Zonage en aires urbaines et aire d'emploi de l'espace rural 1999 (ZAUER 1998), INSEE.

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.

qu'il juge en dehors de son « cœur de métier ». Enfin, à volume d'activité égal, plus la densité<sup>11</sup> de médecins généralistes dans la zone d'exercice est élevée, moins il est favorable au transfert des tâches. On peut penser à un effet de concurrence : les médecins, en formulant leurs réticences concernant la délégation, pourraient manifester la crainte d'une certaine érosion de leur volume d'activité. ■

10. D'après une auto-évaluation de la disposition à prendre ou à éviter des risques par une échelle communément utilisée (Arrondel *et al.*, 2008).

11. L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur de densité médicale qui tient compte du niveau d'activité des médecins, pour mesurer l'offre, et du taux de recours différencié par âge des habitants, pour mesurer la demande. Il est calculé au niveau de chaque commune tout en en considérant l'offre et la demande des communes environnantes.

■ TABLEAU 3

## Facteurs associés au fait d'être favorable à la délégation de tâches

	Pourcentages non ajustés	Odds ratios ajustés	Intervalle de confiance à 95 %
<b>Sexe</b>			
Homme	34,9	1	
Femme	33,3	0,92	[0,65-1,31]
<b>Âges</b>			
Moins de 49 ans	38,9	1	
De 49 à 56 ans	36,0	1,01	[0,70-1,48]
Plus de 56 ans	28,2	0,63	[0,42-0,95]
<b>Lieux d'exercice*</b>			
Aire urbaine	31,3	1	
Couronne périurbaine	39,2	1,28	[0,86-1,90]
Espace rural	39,2	1,26	[0,85-1,87]
<b>Volume d'activité (nombre de consultations annuelles)</b>			
Moins de 2849 (quartile 1)	24,5	1	
De 2849 à 5494	36,9	1,65	[1,09-2,50]
Plus de 5494 (quartile 4)	37,2	1,50	[0,94-2,39]
<b>Cabinet</b>			
Seul	27,2	1	
De groupe	39,6	1,68	[1,20-2,34]
<b>Aversion au risque**</b>			
Médecins ne révélant pas ou peu d'aversion au risque	38,4	1	
Médecins révélant une aversion au risque plus importante	33,1	0,54	[0,39-0,75]
<b>Type de scénarios</b>			
Financement intégral par l'Assurance maladie	60,7	1	
Financement pour moitié par les revenus du cabinet	26,5	0,23	[0,16-0,32]
Financement intégral par les revenus du cabinet	17,3	0,14	[0,09-0,21]
<b>Indicateur d'accessibilité potentielle localisée de médecins généralistes (APL variant de 16 à 128)</b>			
		0,99***	[0,98-0,99]

\* Zonage en aires urbaines et aires d'emploi de l'espace rural 1999 (ZAUER 1999), INSEE.

\*\* Échelle construite d'après une auto-évaluation de la disposition à prendre ou à éviter des risques par une échelle communément utilisée allant de 0 à 10 et touchant plusieurs domaines : santé (pour soi, pour son patient), vie quotidienne, finances personnelles. Nous avons considéré que les médecins déclarant une disposition à prendre des risques strictement inférieure à la valeur 5 avaient une aversion au risque santé.

\*\*\* La variable d'APL utilisée dans cette modélisation étant une variable quantitative, l'odds ratio associé est celui correspondant à une augmentation d'une unité de l'indicateur d'APL. La valeur estimée étant inférieure à 1, cela signifie que plus la densité de médecins généralistes dans la zone d'exercice d'un médecin est élevée, moins celui-ci est favorable au transfert des tâches.

**Lecture** • Une régression logistique multiple a été menée sur 947 médecins répondants.

**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.

## Pour en savoir plus

- Albouy V. et Deprez M., 2008, « Mode de rémunération des médecins », *Trésor-Eco*, Direction générale du Trésor et de la Politique économique, n° 42, septembre.
- Arrondel L., Calvo-Pardo H., 2008, « Les Français sont-ils prudents ? Patrioisme et risque sur le marché du travail », INSEE, coll. Économie et Statistique, n° 417-418, pp. 27-53.
- Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E., 2008, « La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 136.
- Bras P.-L., Duhamel G., 2008, Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères, rapport IGAS
- Campbell S.-M., Reeves D., Kontopantelis E., Sibbald B., Roland M., 2009, "Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England", *The New England Journal of Medicine*, 361(4), 368-378.
- CNAMTS, 2013, 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, avril.
- Da Silva N., 2013, « Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance », *Revue du MAUSS*, La Découverte, n° 41, pp. 93-108.
- Deci E.-L., 1971, "Effect of Externally Mediated Rewards on Intrinsic Motivation", *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 18, 105-115.
- Delamaire M. et Lafortune G., 2010, « Les pratiques infirmières avancées : une description et une évaluation des expériences dans 12 pays développés », n° 54, OECD Publishing.
- Doran T., Fullwood C., Reeves D., Gravelle H., Roland M., 2008, "Exclusion of Patients from Pay-for-Performance Targets by English physicians", *The New England Journal of Medicine*, n° 359, pp. 2176-2177.
- OCDE, 2011, « Le paiement à la performance : leçons de l'expérience des pays de l'OCDE », présentation à l'occasion du séminaire organisé par la DREES le 29 novembre 2011, Paris.
- Petersen L., Woodard L., Urech T., Daw C., Sookanan S., 2006, "Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?", *Annals of Internal Medicine*, août, 145(4), 265-272.
- Sibbald B., Shen J., McBride A., 2004, "Changing the Skill-Mix of the Health Care Workforce", *Journal of Health Services Research and Policy*, 9 (supp 1), pp. 28-38.
- Ventelou B., Saliba B., 2007, État des lieux sur l'activité, le temps de travail et la disposition à employer un délégué des médecins généralistes de la région PACA, rapport du groupe de travail présidé par M. Elbaum « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Haute Autorité de santé, pp 134-155.
- Verger P., Flicoteaux R., Pauvif L., Schwarzingger M., Guerville M.-A., Obadia, Y., Paraponaris A., Aubry C., Sebbah R., Danet S., 2011, « Attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville relatives à la vaccination en général et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009 ». *Études et Résultats*, DREES, n° 770, juillet.