

# Les variations des pratiques en ambulatoire : enseignements et rôle de la rémunération sur objectifs de santé publique

Les variations des pratiques médicales sont définies ici comme des différences dans les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques qui ne s'expliquent pas par la diversité des situations cliniques, des besoins ou des caractéristiques des patients. Ces variations sont observées à l'échelle populationnelle, que ce soit au niveau des territoires, des patientèles, de catégories de patients, etc. Depuis les années 1970, et notamment les travaux de Wennberg aux États-Unis, la mise en évidence de ces variations questionne la pertinence des pratiques concernées. Mesurer la variation des pratiques permet ainsi d'identifier des situations potentielles de non-pertinence (par excès ou par défaut, avec des conséquences éventuelles en termes d'efficacité, d'efficience et de sécurité), de cibler des mesures correctrices le cas échéant, et de suivre et d'évaluer les résultats de ces mesures. C'est notamment à partir d'une telle description des pratiques, de leur variabilité et de leur comparaison avec la situation dans d'autres pays et avec des référentiels, lorsqu'ils existent, que l'Assurance maladie définit ses priorités et ses leviers d'interventions<sup>1</sup>. Qu'en est-il de la situation en médecine ambulatoire en France ? Les travaux historiques portent sur la chirurgie et le recours aux soins hospitaliers. Cependant, la médecine ambulatoire a aussi fait l'objet de nombreuses études, même si la mesure est plus difficile et les comparaisons internationales parfois malaisées. L'utilisation des bases de remboursement est une opportunité de systématiser et d'affiner ces démarches. En effet, l'amélioration et l'enrichissement progressif de ces bases, en particulier le récent chaînage des données hospitalières et de remboursement de ville, permettent l'analyse non seulement d'actes isolés mais aussi de processus de soins dans leur ensemble et permet le développement d'indicateurs plus précis concernant une situation ou une pathologie déterminée. Nous illustrerons ici l'intérêt de l'utilisation de ces bases à travers l'exemple de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins traitants. En effet, la ROSP, parce qu'elle concerne l'ensemble des médecins traitants, parce qu'elle couvre un large éventail des pratiques médicales et parce que ses indicateurs se basent sur des référentiels, représente une bonne illustration des variations des pratiques et des écarts aux recommandations qui peuvent être constatés.

1. Comme illustration de la démarche, voir par exemple les rapports annuels de propositions : [www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php)

La ROSP a été mise en place en 2012 par l'Assurance maladie, suite à la signature de la nouvelle convention médicale. Elle concerne l'ensemble des médecins traitants. Elle a fait suite au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), expérimentation auprès de médecins traitants volontaires lancée en 2009. La rémunération est basée sur le niveau et l'évolution des pratiques en fonction d'objectifs déterminés sur un certain nombre d'indicateurs. Ces indicateurs concernent d'une part l'organisation du cabinet et la qualité du service, et d'autre part la qualité de la pratique médicale déclinée en trois axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et optimisation des prescriptions (efficience). Pour chacun des indicateurs un objectif cible a été défini en fonction des écarts entre les recommandations et la pratique collective, de l'observation de la situation dans les autres pays et de l'hétérogénéité entre praticiens<sup>2</sup>.

L'analyse des indicateurs lors de la mise en place du dispositif objective d'importantes variations géographiques des pratiques. À titre d'exemple, la part de patients ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie et/ou d'un fond d'œil, était en moyenne de 61 % en 2012 et variait de 41 % à 68 % selon les départements.

Ces variations ne s'observent pas seulement entre territoires, mais aussi à l'échelle du médecin, entre patientèles. Pour reprendre l'exemple du fond d'œil en 2012, moins de 47 % des patients diabétiques en ont bénéficié dans le premier décile des médecins, contre plus de 77 % dans le dernier décile.

Un autre facteur de variation est la situation sociale des patients, estimée à l'échelle collective par la mesure de l'indice de défavorisation de la zone géographique d'installation du médecin traitant (à fin 2013, en moyenne, 63 % de fonds d'œil dans le premier décile de défavorisation [communes les plus favorisées], contre 59 % dans le dernier décile). En utilisant un autre indice, la part de patients bénéficiaires de la CMUc dans la patientèle, les résultats sont encore plus marqués (en moyenne, 65 % de fonds d'œil dans le premier décile, contre 58 % dans le dernier décile)<sup>3</sup>.

Il faut noter que l'évolution 2012/2014 est globa-

2. La liste des indicateurs est disponible à l'adresse suivante : [www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale.php)

3. Choukroun S., Decroix M., Debeugny G., Frangeul S., Schramm S. Rémunération sur objectifs de santé publique et inégalités sociales en santé. 9<sup>e</sup> congrès de la médecine générale. Paris : mars 2015 [communication affichée].

**François Alla**  
PU-PH, Université de Lorraine, conseiller, Direction générale de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés



lement favorable, quoique variable selon les indicateurs<sup>4</sup>. La proportion globale d'exécution passe de 53 % en 2012 à 65 % en 2014. En particulier, un resserrement des écarts s'observe avec une nette amélioration des résultats des médecins qui étaient le plus éloignés de la médiane (figure 1).

En conclusion, la ROSP permet d'illustrer la diversité des pratiques des médecins traitants. Diversité qui s'observe à l'échelle géographique mais aussi en fonction de la situation sociale des patients, ce qui questionne le rôle du système de soin dans le maintien, la réduction voire l'aggravation des inégalités sociales de santé. Le suivi de l'évolution des indicateurs montre que la ROSP contribuerait à réduire les écarts et donc potentiellement à améliorer la pertinence des soins et leur conformité aux recommandations. Elle contribuerait aussi à l'amélioration de l'équité de la prise en charge

4. Cnamts. *La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à trois ans*. Dossier de presse, avril 2015. [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Bilan\\_ROSP\\_2014-150427.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf)


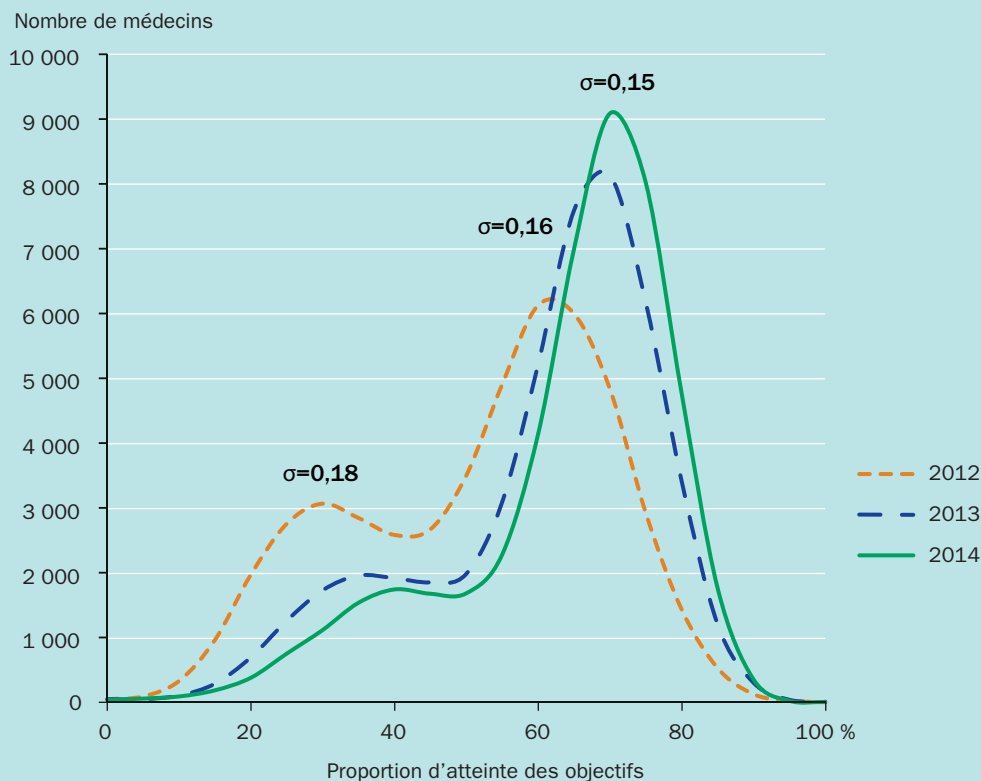
par homogénéisation des pratiques, la rémunération soutenant ce processus. Il faut toutefois préciser que l'analyse des résultats à l'échelle de la patientèle ne permet pas de répondre à la pertinence d'une pratique à l'échelle individuelle pour un patient donné (des facteurs non mesurés par les systèmes d'information pouvant entrer en compte). La ROSP n'a ainsi pas vocation à se substituer aux autres démarches d'amélioration des pratiques mais à y concourir : pour le médecin, le fait de disposer d'éléments de comparaison par rapport à ses confrères représente en effet un outil pour revisiter la pertinence de ses pratiques. Par ailleurs, cet exemple démontre la faisabilité de l'utilisation des données de remboursement pour le suivi d'indicateurs. L'utilisation de ces données permet en effet d'identifier les problèmes potentiels (sur quoi agir?), de définir les leviers d'interventions (comment agir?) et de cibler les territoires ou professionnels concernés (où agir?). Les évolutions techniques, organisationnelles et juridiques en cours devraient favoriser l'utilisation de ces données par les chercheurs et les régulateurs du système de santé. 

figure 1

### Évolution des proportions d'exécution de la ROSP entre 2012 et 2014 pour l'ensemble des indicateurs



Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients.

Source : CnamTS.