

N° d'ordre :

ANNÉE 2022



## THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée par

**Antoine LANGEVIN**

Né le 14/06/1992 à CAEN

---

**Représentativité des  
médecins généralistes  
libéraux des groupes  
qualités bretons :**

**Une étude transversale  
à partir de données  
issues du Système  
National de Données  
de Santé (SNDS).**

**Thèse soutenue à RENNES  
Le 01/03/2022**

Devant le jury composé de :

**Patrick JÉGO**

Professeur des universités-praticien hospitalier –  
CHU de Rennes / *Président du jury*

**Olivier DECAUX**

Professeur des universités-praticien hospitalier –  
CHU de Rennes / *examineur*

**Éric MÉNER**

Professeur associé des universités de médecine  
générale – CHU de Rennes / *examineur*

**Pierre LE DOUARON**

Chef de clinique des universités de médecine  
générale – CHU de Rennes / *examineur*

**Frédéric MAS**

Médecin généraliste / *directeur de thèse*

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS AU 01/09/2021

NOM	PRÉNOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
AMÉ	Patricia	PU-PH	Immunologie
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Édouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Éric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BERTHEUIL	Nicolas	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BEUCHÉE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Émérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH (retraite le 01/10/2021)	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BRISSOT	Pierre	Professeur Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRÉ	François	Professeur Émérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Émérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovascu- laire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médi- cale et technologies de communica- tion
DAUBERT	Claude	Professeur Émérite	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biolo- gie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEUGNIER	Yves	Professeur Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et mé- decine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur Émérite	Neurologie
FERRÉ	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovascu- laire

GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUYADER	Dominique	PU-PH (retraite le 01/10/2021)	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HEAUTOT	Jean-François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
JÉGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KALADJI	Adrien	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUÉ	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie

LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LÉVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHÉ	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLÉDANT	Yannick	Professeur Émérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MÉNER	Éric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Émérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIÉ	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur	Médecine d'urgence

		Associé	
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL	Mikaël	PU-PH	Hématologie ; transfusion
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Émérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

THOMAZEAU	Hervé	Professeur Émérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VÉRIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Éric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Éric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

# MAÎTRES DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS AU 01/09/2021

NOM	PRÉNOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence

GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Patrick JEGO**, vous me faites l'honneur de présider mon jury, veuillez trouver ici ma profonde gratitude.

**À Monsieur le Professeur Olivier DECAUX**, vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, soyez assuré de mon profond respect.

**À Monsieur le Professeur Éric MENER**, vous me faites l'honneur de juger de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**À Monsieur le Docteur Pierre LE DOUARON**, pour tes conseils dès le début de ce travail, ta disponibilité et ta gentillesse. Je te remercie sincèrement.

**À Monsieur le Docteur Frédéric MAS**, pour ta confiance dans ce projet, ton accompagnement, ta bienveillance permanente. Merci de m'avoir fait découvrir ce métier magnifique à tes côtés, je te souhaite une merveilleuse continuation.

**À Monsieur le Professeur Pascal JARNO**, pour ton aide méthodologique précieuse.

**À Madame BOURIC et Monsieur RIVOALEN** de la coordination Régionale GDR Bretagne de m'avoir fourni les données issues du SNDS et l'analyse statistique de qualité dans un temps record. Ce travail n'aurait pas abouti sans vous. Merci.

**Aux Docteurs Julien POIMBOEUF et Benoit GOMBERT** qui ont joué un rôle majeur dans ma formation médicale. Je souhaite à tous les étudiants en médecine un encadrement de la qualité de celui que vous m'avez apporté.

**À toute l'équipe de SOS médecins de Rennes** qui m'ont intégré avec tant de gentillesse et de bienveillance. Un grand merci en particulier au docteur Jean-François BRUN qui m'a honoré de le remplacer. Merci.

**À mes Maîtres de Stage Universitaires** qui m'ont transmis la passion, le dévouement et la beauté de ce métier.

**À mes parents**, soutiens indéfectibles toutes ces années, tout cela est grâce à vous. Je ne sais comment vous remercier pour tout ce que vous avez fait afin que je puisse m'épanouir dans la vie. Ce travail vous est dédié.

**À mon frère**, coéquipier pour la vie grâce à qui j'ai pu vivre une passion sportive. Une nouvelle vie commence pour toi. Merci.

**À mes chers amis**, Daisy, Amandine, Audrey, Mathilda, Antonin, Olivier, Colin, Victor, Léo, J-B, Tep, Baptiste, Corentin, Valentin, Christophe, Clément, Nathan. Vous êtes ma famille de cœur. J'espère traverser les âges à vos côtés.

**Aux Amigos**, merci de m'avoir intégré en tant que +1.

**À la collocation Rennaise**, Félix, Julie, Anne Murielle. Un grand merci à Louis pour le dépannage en urgence.

**À ma grand-mère et mon oncle.**

**À ma grand-mère du ciel**, qui je l'espère regarde cela d'en haut.

**À Alex**, sans qui rien ne serait. Merci de m'accompagner tous les jours dans cette grande aventure. « Pura vida ».

# TABLE DES MATIÈRES

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS AU 01/09/2021 .....	2
MAÎTRES DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS AU 01/09/2021 .....	8
REMERCIEMENTS .....	10
TABLE DES MATIÈRES .....	12
LISTE DES DOCUMENTS ANNEXÉS .....	13
LISTE DES ILLUSTRATIONS .....	14
AVANT-PROPOS .....	15
CORPS DE THÈSE .....	16
I. INTRODUCTION .....	18
A. La démarche qualité .....	18
B. Les Groupes Qualité .....	21
C. Objectifs de l'étude .....	23
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	24
A. Base de données .....	24
B. Population .....	24
C. Analyses statistiques .....	25
D. Aspects réglementaires .....	25
III. RÉSULTATS .....	26
A. Description de la population .....	26
B. Relevés Individuels d'Activité et de Prescription (RIAP) .....	27
C. Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) .....	29
IV. DISCUSSION .....	34
A. Forces et limites de l'étude. ....	34
B. Comparaison avec les MSU .....	35
C. Réflexion sur l'évaluation des interventions d'amélioration des pratiques : étude avant/après et série chronologique. ....	37
V. CONCLUSION .....	39
PERMIS D'IMPRIMER .....	40
BIBLIOGRAPHIE .....	41
ANNEXES .....	46

## LISTE DES DOCUMENTS ANNEXÉS

**Annexe 1** : Comparaison des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription non présentés.

**Annexe 2** : Comparaison des indicateurs non déclaratifs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, concernant la patientèle "médecin-traitant" non présentés.

**Annexe 3** : Cahier des charges des groupes qualité.

**Annexe 4** : Profil des groupes qualités : Notice.

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

**Figure 1** : Flow-chart.

**Tableau 1** : Caractéristiques socio-démographiques.

**Tableau 2** : Comparaison des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription.

**Tableau 3** : Comparaison des indicateurs non déclaratifs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, concernant la patientèle "médecin-traitant".

## **AVANT-PROPOS**

Le corps de thèse est présenté au format article selon les recommandations aux auteurs de la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (RESP). Il sera soumis après prise en compte des remarques du jury.

# CORPS DE THÈSE

## **Représentativité des médecins généralistes libéraux des groupes qualités bretons : une étude transversale issues du Système National des Données de Santé (SNDS)**

*Representativeness of General Practitioners from Breton quality groups: a cross-sectional study with the National Health Data System.*

**Langevin A<sup>1</sup>, Mas F<sup>2</sup>, Le Douaron P<sup>2,3</sup>**(1) *Interne, Département de Médecine Générale, Université de Rennes I.* (2) *Médecin généraliste, Maître de Stage des Universités, Université de Rennes I.* (3) *Chef de Clinique des Universités, Département de Médecine Générale, Université de Rennes I.*

**Background:** Quality groups are peer groups aimed at improving the quality and efficiency of care. How to assess the real impact of these groups on the practice? Currently, this assessment is based on indicator profiles compared to a default control group. It is necessary to characterize this population in order to assess the representativeness of this sample and the validity of this control group.

**Methods:** We compared general practitioners in the quality groups and those who were not fully active in 2020 in the Brittany region. We compared 2245 doctors from GQ and 407 non-GQ on sociodemographic criteria, activities via the RIAPs and the ROSPs provided by the CPAM from the SNDS. Physicians with a particular mode of exercise and low activity were excluded.

**Results:** We observe between the doctors of the quality groups and the Breton general practitioners of the differences on socio-demographic criteria and activities: the doctors of the quality groups are women and are younger. They have a larger active file patient base, see more children. They perform more acts, fewer consultations per patient and less coordination surcharge. Physicians in the quality groups are more responsive to the recommendations on the follow-up of the diabetic patient and receive less fees. They prescribe less antibiotics and more generics.

**Conclusion:** We found significant differences between GQ and non-GQ doctors on many criteria that should be considered in future studies. This study shows a positive trend concerning this device and contributes to its promotion.

*Key Word: General medicine. Characteristics of the population. Quality group. Representativeness. Improved quality of care. Cross-sectional study. Data gathering. Control group.*

**Problème posé :** Les groupes qualités sont des groupes de pairs visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Comment évaluer l'impact réel de ces groupes sur la pratique ? Actuellement, cette évaluation repose sur des profils d'indicateurs comparés à un groupe contrôle par défaut. Il est nécessaire de caractériser cette population pour permettre d'évaluer la représentativité de cet échantillon et la validité de ce groupe témoin.

**Méthodes :** Nous avons comparé les médecins généralistes des groupes qualités et ceux qui n'en faisaient pas partie à activité complète en 2020 sur la région Bretagne. Nous avons comparé 2245 médecins des GQ et 407 non-GQ sur des critères sociodémographiques, d'activités via les RIAP et les ROSP fournies par la CPAM issues du SNDS. Les médecins à mode d'exercice particulier et à faible activité ont été exclus.

**Résultats :** On observe entre les médecins des groupes qualités et les médecins généralistes bretons des différences sur des critères socio-démographiques et d'activités : les médecins des groupes qualités sont des femmes et sont plus jeunes. Ils ont une patientèle file active plus importante, voient plus d'enfants. Ils effectuent plus d'actes, moins de consultations par patients et moins de majoration de coordination. Les médecins des groupes qualités répondent davantage aux recommandations sur le suivi du patient diabétique et perçoivent moins d'honoraires. Ils sont moins prescripteurs d'antibiotiques et plus de génériques.

**Conclusion :** Nous avons constaté des différences significatives entre les médecins GQ et les non GQ sur de nombreux critères qu'il faudra prendre en compte dans de futures études. Cette étude montre une tendance positive concernant ce dispositif et participe à sa promotion

*Mots clés : Médecine générale. Caractéristiques de la population. Groupe qualité. Représentativité. Amélioration de la qualité des soins. Étude transversale. Collecte de données. Groupe contrôle.*

# I. INTRODUCTION

## A. La démarche qualité

### 1. Définitions

Dans les années 1960, Avedis DONABEDIAN, un des pionniers des travaux sur la qualité des soins, la définit comme « *[maximisant] le bien être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* » [1]

Il aborde cette notion de « processus de soin » sous la forme de trois évaluations :

- Les structures et les ressources : regroupant la pertinence des installations et de l'équipement, la qualification du personnel médical et son organisation, la structure administrative et l'organisation financière.
- Le processus de soin en lui-même : s'intéressant au fait de savoir si les dernières données de la science ont bien été appliquées ; la pertinence, l'exhaustivité et la redondance des informations obtenues par le biais de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des tests diagnostiques ; la prise en charge préventive ; la coordination des soins ; l'acceptabilité des soins pour le bénéficiaire.
- Le résultat des soins médicaux : regroupant le rétablissement, la restauration de fonction, la survie, la morbi-mortalité.

Ces travaux nous montrent que la qualité est une notion multidimensionnelle, que de parler de qualité sans précision est dénué de sens. La notion de qualité n'est pas la même entre un patient chez son médecin généraliste et la qualité dans son ensemble d'un hôpital, évaluée par son accréditation.

L'une des dernières définitions de la qualité par l'institut de médecine des États-Unis semble la plus utilisée et acceptée par la communauté internationale [2] : « *C'est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ». Cette définition regroupe sous le terme de « services de santé » tous les intervenants du corps médical et permet d'intégrer toutes les pratiques. La notion de « probabilité » est également

intéressante puisqu'elle relativise l'acte médical et rappelle que le risque zéro n'existe pas.

Selon DONABEDIAN [1], Il est plus sensé de s'intéresser au processus de soin lui-même ainsi qu'aux procédures mises en œuvre, car ce sont elles qui, si elles sont validées et respectées, participent à un résultat de qualité optimale. Fournir des garanties que ces procédures sont effectivement validées et respectées est un gage de confiance pour le patient et un repère pour le praticien dans un monde médical en mouvement : c'est la démarche qualité.

## **2. De l'évaluation des pratiques professionnelles vers le développement professionnel continu**

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est une notion introduite par la loi portant réforme hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 [3] ne fixant aucune modalité mais introduisant simplement le concept : « les établissements de santé doivent développer une politique d'EPP ».

Son application sera initiée en 1993 d'abord en médecine libérale avec les RMO (Références Médicales Opposables) [4]. Elles auront pour but d'introduire les concepts d'évaluation et de qualité dans le domaine médical et à maîtriser les dépenses de santé. L'objectif était de confronter le médecin à sa propre pratique ainsi qu'à une pratique collective pour tenter de réduire les soins jugés inutiles. Ce dispositif était sanctionnant, ce qui avec un manque d'explication des caisses d'assurance maladie provoquera son abandon.

Une approche différente est initiée avec le décret du 28 décembre 1999 [5] et introduit définitivement l'EPP dans la médecine libérale. Cette nouvelle approche est « non sanctionnante » et basée sur le volontariat. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) élaborera et validera les référentiels et les guides d'évaluation, tandis que les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) organiseront l'évaluation sur le terrain. Parallèlement, le concept de Formation Médicale Continue (FMC) est introduit et suggère « le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins ». Les actions de FMC feront parties intégrantes de l'EPP.

A partir de 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS), qui a hérité du travail entrepris, se charge avec les Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue (CNFMC) de rédiger un cahier des charges clair, avec la notion de degré d'engagement suffisant. On voit ainsi l'apparition de « médecins habilités » (MH) et « d'organismes agréés » (OA), qui veilleront à cette évaluation sur le terrain. Le choix entre l'EPP individuelle évaluée par un MH ou bien collective évaluée par un OA dépend de son statut. En médecine générale, les deux sont possibles. La validation reste néanmoins individuelle.

Des sanctions peuvent être prévues selon l'article L.145-1 du Code de la Sécurité Sociale [6], si un médecin ne produit pas de justificatif prouvant que son degré d'engagement dans la démarche est suffisant ou bien si la sécurité des patients est mise en jeu.

La HAS rend public plusieurs programmes ou démarches d'EPP reconnus selon leur approche [7] :

- Approche par comparaison : audit clinique, audit clinique ciblé, revue de pertinence ;
- Approche par processus : la maîtrise statistique des processus en santé, le chemin clinique ; groupe d'analyse de pratique entre pairs ;
- Approche par problème : la revue de morbi-mortalité ;
- Approche par indicateurs.

Le dispositif est peu lisible, complexe et fragile. C'est la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » [8] qui donnera une définition unique pour l'ensemble des professionnels de santé. Le développement professionnel continu (DPC) regroupera :

- Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Le perfectionnement des connaissances (via les FMC).

Il constitue une obligation individuelle et s'inscrit dans une démarche permanente et collective. Les professionnels ont une obligation annuelle de participer à un programme de DPC. Dès lors il reçoit un certificat établi selon son statut. Celui-ci délivre alors une attestation valable pour 5 ans.

De nombreux programmes ou démarches ont progressivement été introduits. C'est le cas en médecine générale où des médecins ont pris en main l'organisation de leur formation médicale continue. Des associations locales se sont constituées afin de décider de façon autonome leur programme et leurs intervenants.

## **B. Les Groupes Qualité**

La démarche groupe qualité est un projet initié en 2001 en Bretagne avec la création d'une association régionale loi de 1901, APIMED (Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale) [9]. Les objectifs des groupes qualités se résument en trois axes :

- Responsabiliser : engager les médecins à améliorer la qualité des soins au regard des dernières données actualisées de la science et tenter d'éviter des dépenses inutiles liées aux prescriptions.
- Organiser : Donner l'opportunité aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs pratiques ; de rompre un certain isolement ; de participer à l'élaboration d'un groupe soudé, cohérent, plus efficient qui saura s'organiser sur son territoire.
- Valoriser : Faire prendre conscience aux médecins de leurs bons soins, de leur implication, de leur volonté de parfaire leur pratique. Reconnaître ce travail par la validation de la démarche DPC.

Dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) de Bretagne, l'Assurance Maladie et l'URPS-MLB (Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux de Bretagne) qui forment le comité de pilotage, ce projet s'inscrit désormais dans la durée depuis 20 ans.

Il est financé dans sa majorité par l'ARS grâce au Fonds d'Intervention Régional. Il a également été mis en place dans cinq autres régions : Pays de la Loire, Normandie, Hauts de France, Centre-Val de Loire et Guadeloupe. Au 31/12/2020, on recense en Bretagne 39 groupes, soit 369 médecins généralistes et 39 animateurs participant.

Les Groupes Qualité sont des groupes d'échanges de pratiques constitués d'une dizaine de médecins généralistes d'un même territoire géographique. Basés sur le volontariat, ils s'engagent à une participation active aux rencontres organisées chaque mois, de septembre à juin.

Chaque réunion aborde un thème concernant la médecine générale. Ces thèmes doivent être facilement évaluables et en adéquation avec les données actualisées de la science. Lors des dix réunions annuelles, six thèmes sont régionaux, communs à tous, et quatre sont territoriaux, choisis à la discrétion de chaque groupe. Les thèmes régionaux peuvent être proposés par les participants du groupe, par l'ARS, l'URPS-MLB ou bien l'Assurance Maladie. Ils sont choisis par un vote des animateurs lors d'un séminaire de formation annuel. Un dossier documentaire est préparé en amont, constitué d'une synthèse de la littérature, de référentiels validés, d'articles médicaux récents.

Un animateur est désigné pour chaque groupe, formé à cette tâche. Son rôle est celui d'un facilitateur : d'animer le débat, réguler le temps de parole et créer du lien dans le groupe. Ce n'est en aucun cas un expert.

Un médecin coordonnateur régional assure le lien entre les groupes et l'association (APIMED). Il assure la formation des animateurs et valide l'élaboration des dossiers documentaires. Il s'assure également du respect du cahier des charges [Annexe 3].

Un secrétariat se charge de la gestion de la base de données, des comptes-rendus des réunions et de la tenue des feuilles de présence. C'est également celui-ci qui s'occupe de la gestion financière, de l'indemnisation des médecins ainsi que des animateurs.

L'assurance maladie, deux fois par an, élabore à partir de son système d'information des profils d'activité [Annexe 4] selon des indicateurs (validés par les comités techniques selon leur fiabilité, leur pertinence et leur pérennité). Ces profils apportent des données d'activités concernant des thèmes en lien avec l'exercice de la médecine générale et des enjeux de santé publique, dans un but d'amélioration continue des pratiques.

Ils permettent pour les médecins :

- D'appréhender leur pratique au travers d'indicateurs objectifs ;
- De se situer par rapport aux pratiques de leurs confrères (du Groupe Qualité, des autres Groupes Qualité, des autres médecins) et au regard des recommandations ;
- Si nécessaire, d'adapter leurs stratégies de prise en charge médicale, ou sinon de conforter celles-ci ;

- De suivre les évolutions de leur pratique.

## **C. Objectifs de l'étude**

### **1. Contexte**

Les différentes évaluations menées depuis la création du programme ont toutes conclu à un impact positif [9-13].

En étudiant les profils d'indicateurs, nous nous sommes questionnés sur la validité des résultats. Il existe des biais potentiels en comparant à un groupe contrôle par défaut car on ne sait pas si l'échantillon est représentatif.

Une étude de représentativité est donc nécessaire pour analyser plus finement ces profils d'indicateurs et mieux connaître cette population.

### **2. Représentativité**

Selon le statisticien René PADIEU, « un échantillon est représentatif d'une population plus vaste lorsqu'à partir de lui on peut décrire cette population, lorsqu'on peut non seulement en décrire le centre, mais aussi la décrire dans toute sa diversité » [14].

Plusieurs études de représentativité ont été réalisées sur des populations spécifiques en médecine générale mais aucune sur les groupes qualifiés qui est une population grandissante.

En 2015, une étude a caractérisé les Maîtres de Stage des Universités (MSU) de La Réunion, ne montrant pas de différence significative sur les critères étudiés [15]. Cette étude était basée sur un questionnaire déclaratif et sur un petit échantillon (40 MSU et 20 MG). En 2020, une étude transversale sur la caractérisation des MSU a été réalisée au Département de Médecine Générale de Rennes [16]. Elle a étudié les médecins de la subdivision rennaise en les comparant sur des critères socio-démographiques et d'activité issus du SNDS et de la base de données du RPPS. Cette étude a montré des différences significatives sur de nombreux critères : les MSU sont majoritairement installés en zone rurale, en Zone d'Intervention Prioritaire et en Ille-et-Vilaine. Ils ont une patientèle plus importante, plus jeune, avec un pourcentage plus faible de patients exonérés. Ils effectuent moins d'actes, de consultations et de visites rapportés au nombre de patients. Ils sont moins prescripteurs de soins infirmiers, de biologie, de pharmacie et de fournitures. Il n'a

pas été démontré de différence significative sur l'âge et le sexe.

### **3. Objectifs**

L'objectif principal de l'étude est la caractérisation des médecins généralistes libéraux des groupes qualités bretons sur l'année 2020.

L'objectif secondaire est de comparer les résultats de cette étude avec celle réalisée en 2020 caractérisant les MSU de la subdivision Rennaise.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A. Base de données**

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, quantitative, transversale et monocentrique sur l'année 2020.

Les critères étudiés ont été définis d'après la littérature internationale pour permettre de caractériser et comparer une population de médecins généralistes [15-29].

Le Système Nationale des Données de Santé (SNDS) constitue une base de données gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), regroupant plusieurs bases de données médicales [30]. Il inclut les données servant à calculer les Relevés Individuels d'Activité et de Prescriptions (RIAP, regroupant des caractéristiques liées à l'activité, aux prescriptions, aux patients et aux remboursement) et les Revenus sur Objectifs de Santé Publique (ROSP, regroupant des indicateurs dits de performance) [31]. L'extraction et les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité Statistique de la Coordination régionale de Gestion du Risque de l'Assurance Maladie de Bretagne, dans le cadre d'une convention signée avec l'association APIMED. Son expertise a permis d'exclure les données aberrantes.

### **B. Population**

La population étudiée est l'ensemble des médecins généralistes (MG) libéraux bretons, à activité complète sur l'année 2020. La liste des participants aux Groupes Qualité a été fournie par APIMED. La liste des MSU a été fournie par le Département de Médecine Générale de Rennes et les représentants des internes de médecine

générale de la faculté de Brest.

Nous avons choisi d'exclure les médecins à exercice particulier (MEP) déclarés à l'Assurance Maladie (allergologues, angiologues, gériatres, urgentistes, etc.), mais aussi ceux à activité insuffisante : les médecins sans ROSP et ceux ayant un nombre de consultations et visites inférieur à 1000 sur l'année 2020, afin de ne conserver que les médecins avec une activité principale de médecin traitant.

Deux groupes ont ainsi été constitués :

- « Groupe qualité (GQ) » : médecins faisant partie d'un Groupe Qualité breton.
- « Non-groupe qualité (non-GQ) » : médecins ne faisant pas partie des GQ.

### **C. Analyses statistiques**

La normalité de la distribution des variables quantitatives a été vérifiée. Les variables quantitatives et qualitatives ont été respectivement comparées à l'aide des tests de Student et du Chi- 2. Tous les tests statistiques ont un seuil de significativité de 0.05. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel SPAD.

### **D. Aspects réglementaires**

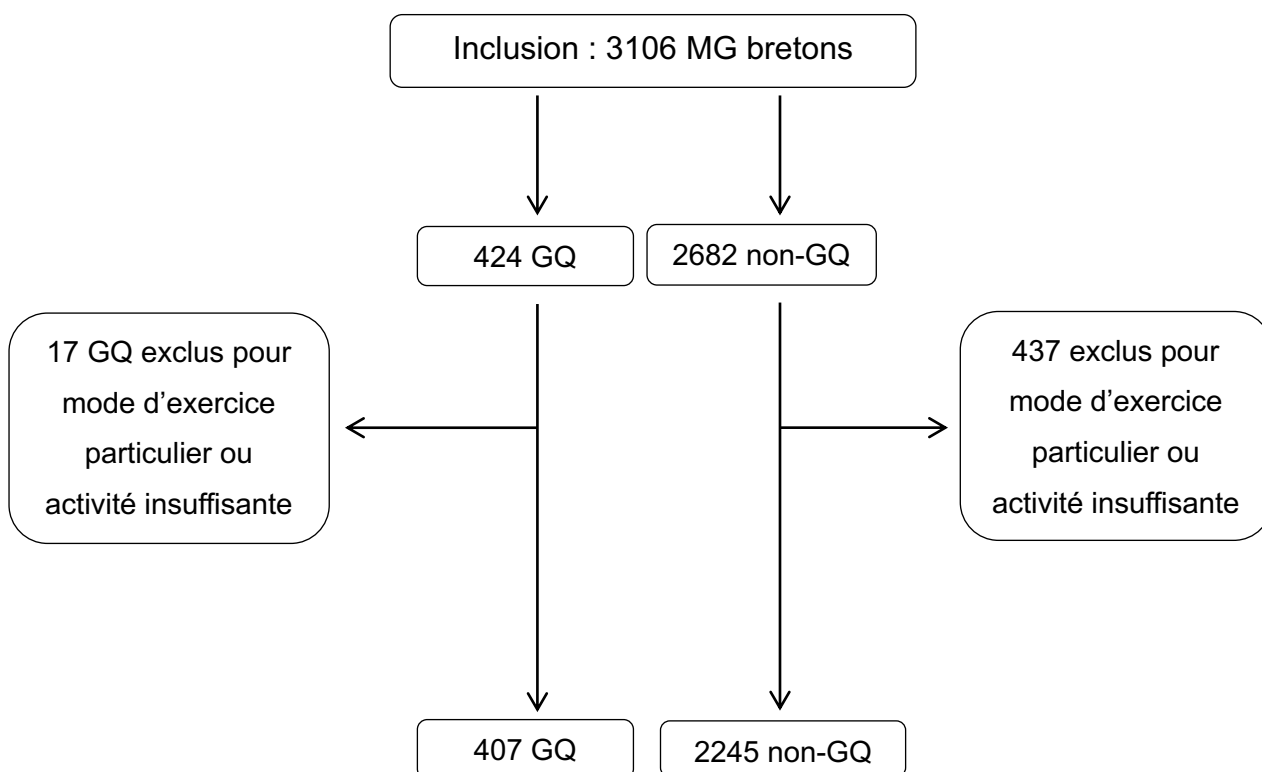
Les listings des médecins GQ et MSU ont été fournis via la plateforme sécurisée Pétra® de l'Assurance Maladie par le chercheur. Leur non-opposition à la transmission de leur appartenance à ces listes (à visée de recherche) avait été recueillie au moment de leur adhésion (pour les GQ) ou de leur agrément (pour les MSU).

Les données fournies par l'Assurance Maladie étaient dé-identifiées (pseudonymisation). La base de données a été déclarée à la Déléguée à la Protection des Données de l'Université de Rennes I.

### III. RÉSULTATS

#### A. Description de la population

Figure 1 : Flow-chart



D'après les données du SNDS, 3106 médecins généralistes libéraux ont eu une activité sur l'ensemble de l'année 2020 en Bretagne. Une liste de 424 GQ a été fourni par l'association APIMED.

17 GQ et 437 non-GQ ont été exclus pour MEP déclarés, insuffisance d'activité médecin-traitant (nombre annuel de consultations plus visites inférieures à mille, ou absence de ROSP). Deux groupes ont ainsi été constitués : 407 GQ et 2245 non-GQ.

Les MG bretons sont majoritairement des **hommes** tout comme dans le groupe « non-GQ » [Table 1] (53,6% et 54,5%) avec une moyenne d'âge d'environ **50 ans** (50,16 et 50,78). Il y a une majorité de **femmes** (51,4%), **plus jeunes** (46,7 ans) dans les groupes qualités. Il existe une différence significative pour ces données (respectivement  $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ ). Les MG bretons exercent pour une majorité en milieu **urbain** sans différence significative entre les groupes ( $p = 0.051$ ).

Il y a plus de **Maîtres de Stages des Universités** dans les groupes qualités (36,6%) que dans la population de MG bretons (17%) avec une différence significative ( $p < 0,001$ ).

Table 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Variables n (NA)*	Effectif total 2652 (0)	GQ 407 (0)	Non-GQ 2245 (0)	p-value
Âge (ans) : m ± ET*	50,16 ± 11,62	46,75 ± 10,95	50,77 ± 11,63	p < 0.01 (S*)
Sexe masculin : n (%)*	1421 (53.6%)	198 (48.6%)	1223 (54,5%)	p < 0.05 (K*)
Lieu d'exercice urbain	2290 (86.3%)	339 (83.3%)	1951 (86,9%)	p = 0.051 (K)
MSU	2218 (20.1%)	149 (36.6%)	385 (17,0%)	p < 0.001 (K)

\*n (NA) : effectif (données manquantes) ; \*m ± ET : moyenne ± écart-type ; \*n (%) : effectif (pourcentage) ; \*S : test de Student ; \*K : test du Chi-2.

## B. Relevés Individuels d'Activité et de Prescription (RIAP)

Les données issues du RIAP sont basées sur la notion de « **file active** » qui correspond au nombre de patients vu au moins une fois dans l'année sur 2020.

Les médecins GQ ont une patientèle **plus importante** que les non-GQ [Table 2] ( $1627,3 \pm 602,7$  vs  $1579,6 \pm 490,4$ ) sans différence significative ( $p=0,131$ ). Les GQ voient **plus d'enfant** que les non-GQ ( $20,3 \pm 4,7$  vs  $19,15 \pm 3,42$ ,  $p < 0,001$ ) alors qu'ils voient **moins de jeunes actifs** ( $50,3 \pm 7,7$  vs  $51,5 \pm 7,1$ ,  $p < 0,01$ ). Il y a **plus d'actifs ayant eu des indemnités journalières** dans la patientèle GQ que non-GQ ( $16,28 \pm 3,4$  vs  $15,7 \pm 4,7$ ,  $p=0,016$ ).

Il y environ le **même pourcentage de patient à Couverture Maladie Universelle** (nouvellement Complémentaire Santé Solidaire) **et de patients exonérés** (dans le cadre de la maternité ou d'une Affection de Longue Durée ALD), respectivement  $6,71 \pm 5,84$  vs  $6,75 \pm 6,5$  ( $p=0,9$ ) et  $28,5 \pm 8$  vs  $28,4 \pm 7,7$  ( $p=0,78$ ).

Avec un plus grand nombre de patients, les médecins GQ effectuent **plus d'actes au total** ( $4695,2 \pm 1588$  vs  $4511,9 \pm 1755$ ,  $p < 0,05$ ) avec **moins de consultations par patients** ( $2,46 \pm 0,46$  vs  $2,53 \pm 0,64$ ,  $p < 0,05$ ), **plus d'électrocardiogrammes** ( $48 \pm 78$  vs  $35,82 \pm 56,7$ ,  $p < 0,001$ ) et **moins de majorations de coordination** ( $8,8 \pm 40$  vs  $35,7 \pm 243,9$ ,  $p < 0,05$ ).

Table 2 : Comparaison des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription

<b>Variables n (NA)</b>	<b>Effectif total n= 2652 (0)</b>	<b>GQ n = 407 (0)</b>	<b>Non-GQ n = 2245 (0)</b>	<b>p-value (S*)</b>
<b><u>Nombre de patients</u></b>	1 586,9 ± 587	1 627,3 ± 602,7	1 579,6 ± 490,4	p = 0,131
<b>- %* de patients exonérés</b>	28,41 ± 8,03	28,5 ± 8	28,4 ± 7,7	p = 0,797
<b>- % patients CMU*</b>	6,74 ± 5,94	6,71 ± 5,84	6,75 ± 6,5	p = 0,903
<b>- % patients &lt; 16 ans</b>	19,32 ± 6,6	20,3 ± 4,7	19,15 ± 3,42	p < 0,001
<b>- % patients 16-59 ans</b>	51,32 ± 7,64	50,3 ± 7,7	51,5 ± 7,1	p < 0,01
<b>- % patients 60-69 ans</b>	12,36 ± 4,07	12,1 ± 4,1	12,4 ± 3,7	p = 0,19
<b>- % patients ≥ 70 ans</b>	16,98 ± 7,57	17,28 ± 7,6	16,9 ± 7,6	p = 0,35
<b>- % patients actifs avec IJ*</b>	15,78 ± 4,51	16,28 ± 3,4	15,7 ± 4,7	p = 0,016
<b>Nombre total d'actes</b>	4 540 ± 1 731,35	4 695,2 ± 1 588	4 511,9 ± 1 755	p < 0,05
<b>- Actes par patients</b>	2,93 ± 0,72	2,92 ± 0,63	2,94 ± 0,74	p = 0,665
<b>- Consultations par patients</b>	2,52 ± 0,62	2,46 ± 0,46	2,53 ± 0,64	p < 0,05
<b>- Visites par patients</b>	0,23 ± 0,26	0,24 ± 0,264	0,22 ± 0,26	p = 0,283
<b>- Nombre d'ECG* (Cotations DEQP003)</b>	37,69 ± 60,60	48 ± 78	35,82 ± 56,7	p < 0,001
<b>- Nombre de majoration de coordination</b>	31,03 ± 225,12	8,8 ± 40	35,7 ± 243,9	p < 0,05
<b><u>Prescriptions par patient</u></b>				
<b>- Prescription soins IDE*</b>	16,65 ± 13,14	16,5 ± 12,2	16,7 ± 13,3	p = 0,74
<b>- Prescription kinésithérapie</b>	15,71 ± 7,55	15,8 ± 6,8	15,7 ± 7,7	p = 0,83

- Prescription biologie	114,13 ± 43,2	114,3 ± 36,6	114,1 ± 43,3	p = 0,91
- Prescription pharmacie	143,4 ± 61,82	141,3 ± 56,5	143,7 ± 62,7	p = 0,47
- Prescription fournitures	33,34 ± 17,64	33,6 ± 15,5	33,2 ± 18	p = 0,7
- Prescriptions transports	6,70 ± 5,17	7,5 ± 6	6,5 ± 4,9	p < 0,001
- Prescription IJ* (en jours)	39,94 ± 14,80	39,5 ± 12,6	40 ± 15,2	p = 0,56
<b><u>Montants et honoraires (en €)</u></b>				
- Montant remboursé (actes + déplacements)	130 268,5 ± 52 378,3	136 405,83 ± 50 850,71	129 155,8 ± 52 584,9	p = 0,01
- Honoraire (remboursable + dépassement)	153 391,6 ± 58 821,5	152 342 ± 58 982,1	159 181,3 ± 57 656,8	p = 0,03

*Les variables sont décrites en moyenne ± écart-type ; \*S : test de Student \*% : pourcentage ; \*CMU : Couverture Maladie Universelle ; \*IJ : nombre moyen de jours parmi les patients ayant reçu des indemnités journalières ; \*ECG : électrocardiogramme ; \*Soins IDE : soins infirmiers.*

En dehors d'une différence significative **sur la prescription de transports plus importantes dans le GQ** ( $7.5 \pm 6.0$  vs  $6.5 \pm 4.9$ ,  $p < 0.001$ ), les autres variables de prescriptions par patients sont superposables dans l'ensemble des groupes sans différence significative.

**Le montant remboursé est plus important chez les GQ** ( $136\,405,83 \pm 50\,850,71$  vs  $129\,155,8 \pm 52\,584,9$ ,  $p = 0,01$ ), alors que **leurs honoraires sont moins importants** ( $152\,342 \pm 58\,982,1$  vs  $159\,181,3 \pm 57\,656,8$ ,  $p = 0,03$ ).

### C. Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP)

Les patients des GQ répondent d'avantage aux critères de ROSP sur le suivi des patients diabétiques [Table 3], avec **plus de patients ayant bénéficié d'au moins deux dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année** ( $86,1 \pm 10\%$  vs  $82,1 \pm 15,6\%$ ,  $p < 0,001$ ), **plus de patients de moins de 81 ans ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie et de créatininémie** ( $44 \pm 22,4\%$  vs  $39,2 \pm 22,4\%$ ,  $p < 0,001$ ) et **plus de patients ayant bénéficié d'un dépistage ophtalmologique**

(74,9 ± 10,7% vs 70,4 ± 9,3%, p<0,001). Il n'existe pas de différence significative concernant le nombre de patients diabétiques traités par metformine (p=0,68).

À propos des autres pathologies chroniques, les GQ ont **plus de patients traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro-albuminurie, d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire** (29,9 ± 17,5% vs 22,3 ± 16,7%, p <0,001) et **plus de patients ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes** dans l'année (96,2 ± 7,6% vs 93,9 ± 13,7%, p = 0,001).

Concernant la médecine préventive, il y a dans le GQ une **plus grande proportion de patients de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années** (58,5 ± 7,7% vs 57,6 ± 8,5%, p<0,05) et **plus de patients de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années** (35,3 ± 9,4% vs 33,5 ± 9,8% p<0,001). Il n'existe pas de différence significative concernant la vaccination contre la grippe et le dépistage organisé du cancer du sein (p=0,17 et p=0,29).

Les GQ prescrivent **moins de traitements antibiotiques** pour 100 patients de 16 à 65 ans et hors ALD (18 ± 8,5% vs 20,7 ± 11,1%, p<0,001) et plus de boîtes d'antihypertenseurs dans le répertoire des **généralistes** (93,4 ± 2,8% vs 93,8 ± 3%, p=0,01).

**Table 3 : Comparaison des indicateurs non déclaratifs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, concernant la patientèle “médecin-traitant”**

<b>Variabes n (NA)*</b>	<b>Effec- tif to- tal 2652 (0)</b>	<b>GQ 407 (0)</b>	<b>Non- GQ 2245 (0)</b>	<b>p-value (S*)</b>
<b><u>SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES</u></b>				
<b>% des patients traités par anti-diabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année</b>	83 ± 12 (212)	86,1 ± 10 (17)	82,1 ± 15,6 (195)	p < 0,001
<b>% des patients traité par antidiabétiques de moins de 81 ans ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie</b>	40 ± 22 (229)	44 ± 22,4 (18)	39,2 ± 22,4 (211)	p < 0,001
<b>% des patients traités par anti-diabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre</b>	71 ± 11 (212)	74,9 ± 10,7 (17)	70,4 ± 9,3 (195)	p < 0,001
<b>% des patients diabétiques traités par metformine</b>	87 ± 9 (244)	87,7 ± 8,5 (19)	86,8 ± 8,8 (225)	p = 0,07
<b>% des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro-albuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire</b>	23 ± 17 (106)	29,9 ± 17,5 (4)	22,3 ± 16,7 (102)	p < 0,001
<b>% des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2</b>	42 ± 12 (277)	42,7 ± 11,6 (21)	42,1 ± 11,6 (256)	p = 0,34
<b>% des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK</b>	19 ± 39 (1055)	18,7 ± 39 (150)	19 ± 39,2 (905)	p = 0,9

<b>% des patients MT ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH</b>	94 ± 7 (117)	96,2 ± 7,6 (5)	93,9 ± 13,7 (112)	p = 0,001
<b>% des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS »</b>	34 ± 19 (179)	28,3 ± 15,7 (12)	35,5 ± 18,9 (167)	p < 0,001
<b>% des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires</b>	88 ± 6 (174)	88,4 ± 5,6 (13)	88 ± 6 (161)	p = 0,18

### DEPISTAGE ET VACCINATIONS

<b>% des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière</b>	69 ± 10 (99)	70,1 ± 7,9 (4)	69,4 ± 10,3 (95)	p = 0,17
<b>% des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein</b>	63 ± 9 (94)	63,5 ± 8 (3)	63 ± 8,7 (91)	p = 0,29
<b>% des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années</b>	58 ± 8 (78)	58,5 ± 7,7 (2)	57,6 ± 8,5 (76)	p < 0,05
<b>% des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années</b>	34 ± 10 (82)	35,3 ± 9,4 (3)	33,5 ± 9,8 (79)	p < 0,001

### PRESCRIPTION ET IATROGÉNIE

<b>% des patients MT &gt; 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)</b>	6 ± 5 (184)	5,9 ± 4,6 (15)	6,2 ± 4,5 (169)	p = 0,132
<b>% des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines</b>	45 ± 14 (327)	44,5 ± 14,8 (38)	45,6 ± 14,3 (289)	p = 0,2

% des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	17 ± 7 (137)	17,2 ± 6,5 (8)	17,3 ± 7,4 (129)	p = 0,84
Nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	20,3 ± 10,7 (69)	18 ± 8,5 (1)	20,7 ± 11,1 (68)	p < 0,001
% des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> génération; fluoroquinolones)	32 ± 12 (122)	31 ± 9,8 (4)	31,7 ± 11,8 (118)	p = 0,22
Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	2 ± 15 (849)	3,1 ± 17,2 (114)	2,1 ± 14,4 (735)	p = 0,32

## GÉNÉRIQUES

% des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	96 ± 4 (113)	96,1 ± 3,7 (5)	96 ± 4,3 (108)	p = 0,23
% des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	93 ± 3 (80)	93,4 ± 2,8 (3)	93,8 ± 3 (77)	p = 0,01
% des boîtes de médicaments (hors statines, antihypertenseurs, traitement de l'incontinence urinaire et traitement de l'asthme) prescrites dans le répertoire des génériques	61 ± 6 (37)	61,2 ± 4,1 (1)	61,3 ± 6,2 (36)	p = 0,77

*Les variables sont décrites en moyenne ± écart-type (données manquantes). Les groupes sont décrits en effectif (données manquantes).*

*\*S : test de Student ; \*% : pourcentage*

## IV. DISCUSSION

### A. Forces et limites de l'étude.

Cette étude a permis d'étudier **2652** médecins généralistes bretons, dont **407** faisant partie des groupes qualités. Nous avons choisi de travailler sur l'ensemble de la région Bretagne pour permettre **un grand recueil**.

Le nombre de médecin GQ inclus (424) comprend les participants 2019-2020 (n=408), mais aussi quelques médecins ayant participé aux GQ de septembre à décembre 2020, travaillant sur les données de l'année civile 2020. Les animateurs ont été inclus sans distinction (s'ils ne présentaient pas de critères d'exclusion).

Grâce à l'utilisation de la base de données SNDS nous avons eu accès à des **données objectives** et **complètes**. Cela a permis de mettre en évidence les différences d'activités qui sont minimisées dans les études déclaratives. Nous avons eu **peu de données manquantes**.

L'utilisation d'une seule base a permis un **maintien de l'anonymisation** durant toute l'étude. Grâce à l'expertise de l'unité statistique de l'Assurance Maladie **les données aberrantes ont été exclues**, ce qui a permis de ne pas fausser les moyennes retrouvées.

Quelques données restent difficiles à interpréter avec une variance très élevée liée soit à un manque de données (ex : dosage INR sous AVK) soit à une grande disparité de pratique ou de cotation (ex : ECG).

Un risque alpha de **5%** a été choisi avec comme potentiel biais une inflation du risque liée au nombre de tests statistiques réalisés.

Nous avons étudié les « médecins traitants » à activité complète et principale et exclus les médecins à activité particulière et sans ROSP. L'activité particulière est déclarative à l'Assurance Maladie. Afin d'exclure également les MEP non déclarés, nous avons choisi le seuil de 1000 consultations + visites par an (comme retrouvé dans la littérature pour différentes études issues du SNDS) [16,26]. Il en résulte une possible surestimation d'activité.

Les données de ROSP étudiées sont les données « médecin traitant adulte » qui sont des données objectives automatiquement transmises à l'Assurance maladie,

contrairement aux données « médecin traitant enfant » et le « forfait structure » qui sont pour la majorité déclaratives. « La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), créée en 2011, contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention. Les indicateurs ont été revus à plusieurs reprises depuis sa création » [31]. La ROSP fait l'objet de plusieurs études sur la pertinence de ses indicateurs [32-36]. L'épidémie de COVID19 en 2020 a provoqué une baisse de nombreux indicateurs de ROSP notamment de suivi de pathologies chroniques ou de dépistage, ce qui doit amener à une interprétation prudente. Néanmoins, aussi perfectible que puisse-être la ROSP, ces indicateurs restent un moyen objectif et systémique de comparer une certaine activité en soins primaire à grande échelle.

Ce travail montre que les groupes qualités représentent une majorité **de femmes jeunes installées en territoires urbains**, ce qui diffère des autres études de caractérisation de populations particulières (MSU) en médecine générale.

Des différences significatives sur certains critères d'activité apparaissent dans ce travail comme la réalisation d'ECG ou la prescription d'antibiotiques qui sont des sujets ayant été abordés en groupe qualité. Ces différences sont-elles liées à l'intervention en groupe qualité ou bien liées à d'autres facteurs tels qu'être une femme jeune ? Pour tenter de répondre à cela, une étude ultérieure pourrait créer un groupe contrôle comparable sur le plan socio-démographique afin d'étudier avant/après une intervention en groupe qualité.

Ce genre d'étude avant/après a été réalisé par Émilie CARIMALO sur l'activité physique adaptée en 2020 et a montré une tendance positive sur la population GQ. Les groupes qualités étaient comparés à eux-mêmes sans groupe témoin [13].

## **B. Comparaison avec les MSU**

Cette étude a été réalisée sur la même base méthodologique que la thèse d'Arthur QUEMENER [22], réalisée sur les données 2018, caractérisant les Maîtres de Stage des Universités (MSU) de la subdivision Rennaise. Les MSU et les médecins des GQ sont deux populations spécifiques particulièrement impliquées dans la formation en médecine générale et il nous a paru intéressant de les comparer.

Des différences apparaissent entre ces deux travaux concernant les données socio-démographiques puisque le profil type d'un **MSU** était un **homme d'âge moyen exerçant en zone rurale**. Cette étude n'avait étudié que la subdivision de l'Université de Rennes (et donc pas le département du Finistère, pourtant plus rural). Il y a dans cette étude une **sur-représentation du mode d'exercice urbain** pouvant être expliqué par le changement de définition de « rural » et « urbain » par l'INSEE en 2020 [37-38], se basant désormais sur la densité d'habitants au km<sup>2</sup> à la place du bâti. En comparant les données de l'INSEE entre 2018 et 2020, plusieurs villes sont passées de rural à urbain.

Il existe une **différence d'actes réalisés** par les MSU en 2018 par rapport à ceux des GQ en 2020 ( $5240.8 \pm 1911.2$  vs  $4695,2 \pm 1588$ ) qui peut s'expliquer par la crise de COVID 19 qui a ralenti l'activité libérale en 2020.

Cependant, on retrouve une **hausse d'honoraire par patient** entre 2018 ( $85.3 \pm 24.3$ ) et 2020 ( $99,5 \pm 26,19$ ) possiblement liée à l'ajout de certaines cotations exceptionnelles mis en place par l'Assurance Maladie durant l'épidémie de COVID19 (majoration de la rémunération des visites en EHPAD par exemple).

Tout comme le nombre d'actes, on retrouve dans les deux études une **supériorité de patientèle file active** dans le GQ et chez les MSU par rapport aux autres médecins bretons.

Dans les deux études nous retrouvons concernant les ROSP les mêmes tendances positives sur certains indicateurs. Les MSU et GQ répondent **davantage aux critères de suivi des patients diabétiques et hypertendus**. Pour tous ces indicateurs nous retrouvons **une différence significative dans les deux études** ce qui relativise le potentiel lien de causalité.

Cette mise en abîme montre que ces populations se ressemblent sur bon nombre de critères d'activités et pourtant sont très différentes socio-démographiquement.

## C. Réflexion sur l'évaluation des interventions d'amélioration des pratiques : étude avant/après et série chronologique.

Selon la HAS, « *personne ne discute aujourd'hui que l'essai contrôlé randomisé constitue la référence pour évaluer l'efficacité d'un nouveau médicament. Il en est aujourd'hui de même pour toute intervention sur la santé. Dans le cas de l'évaluation d'un médicament, la mesure des résultats de santé se fait sur la cible de l'intervention (dans les deux cas, il s'agit du patient). L'une des spécificités de l'évaluation des interventions d'amélioration des pratiques et de changement des comportements est que la cible de l'intervention est collective (un groupe de médecins, d'établissements, etc.), alors que la mesure des résultats de santé est à l'échelle des patients.* » [39]

Pour des raisons organisationnelles, éthiques ou politiques ces essais sont souvent peu réalisables. Il existe des méthodes alternatives dites quasi-expérimentales moins contraignantes méthodologiquement.

### 1. Étude avant/après avec groupe témoin

Sur les indicateurs étudiés dans cette étude, les médecins des groupes qualités sont peu représentatifs de la population des médecins généralistes bretons. Le groupe témoin utilisé sur les profils d'indicateurs élaborés par l'Assurance Maladie paraît donc peu valide puisque ces populations ne sont pas comparables initialement.

Une étude avant/après avec groupe témoin mieux apparié rendrait cette évaluation plus pertinente.

*Exemple d'étude avant/après avec groupe témoin : [40-41]*

**Objectif** : *évaluer l'impact de l'introduction de recommandations, sur la prescription de fluoroquinolones afin de diminuer les résistances bactériennes.*

**Plan expérimental** : *étude avant/après contrôlée. Mise en œuvre de recommandations dans les groupes qualités. Aucune intervention sur le groupe contrôle.*

**Population** : *les Groupes Qualité bretons.*

**Critère du jugement** : *Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans.*

En raison de tendances préexistantes à l'amélioration ou de variations liées à une autre cause que l'intervention, il est difficile, d'attribuer les variations observées à l'intervention. La difficulté de ce type d'étude est le risque de non-comparabilité avant l'intervention entre les témoins et les interventions. Il a de plus été suggéré que les résultats des études avant/après pouvaient surestimer les effets des interventions ayant pour but d'améliorer la qualité des soins [42]. Ce type d'étude permet de montrer l'évolution d'une pratique, sans que l'on puisse affirmer que les modifications observées sont liées à l'intervention.

## 2. Série chronologique

Disposant de nombreuses données récoltées systématiquement depuis des années grâce à la base SNDS de l'Assurance Maladie, une autre manière d'étudier les interventions en groupe qualité serait de réaliser une étude avec série chronologique. Ce genre d'étude est également intéressante lorsqu'une randomisation est impossible.

Ce type d'étude permet de détecter si une intervention a modifié une tendance préexistante.

*Exemple de série chronologique [43-44]*

**Objectif** : évaluer l'impact de l'introduction de recommandations, sur la prescription de fluoroquinolones afin de diminuer les résistances bactériennes.

**Plan expérimental** : suivie en série chronologique de données de prescription issues des bases de données de l'Assurance maladie, 12 mois avant, 4 mois pendant et 12 mois après intervention.

**Population** : médecins des groupes qualités bretons prescrivant > 10 boîtes/an

**Critère du jugement** : Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans. (Nombre de délivrance avec au moins une fluoroquinolone/ nombre de délivrance avec au moins un antibiotique)

**Résultat attendu** : une cassure de courbe au niveau de la période d'intervention pourrait montrer une certaine efficacité.

*« Pour réaliser une telle étude, il est nécessaire de disposer de multiples points avant l'intervention, pour évaluer la tendance préexistante et les variations saisonnières éventuelles. Il est également nécessaire de disposer de multiples points après l'intervention, pour déterminer l'effet de l'intervention en prenant en compte la tendance sous-jacente. De nombreuses techniques d'analyse statistique sont disponibles, selon qu'il y ait ou non autocorrélation entre les différents points (selon que les points de mesure effectués à des périodes rapprochées ont plus tendance à être similaires que des points de mesure collectés à des dates éloignées) » [39]. Ce genre d'étude repose sur des notions mathématiques et statistiques complexes.*

## **V. CONCLUSION**

Les médecins des Groupes Qualité diffèrent des médecins généralistes bretons sur des critères socio-démographiques et d'activités : plus de femmes, plus jeunes. Ils ont une patientèle file-active plus importante, voient plus d'enfants.

Ils effectuent plus d'actes, moins de consultations par patients et moins de majoration de coordination. Les médecins des GQ répondent d'avantage aux recommandations sur le suivi du patient diabétique, hypertendu et perçoivent moins d'honoraires. Ils sont moins prescripteurs d'antibiotiques et plus de génériques.

Ils sont donc peu représentatifs concernant les données étudiées. Pour aller plus loin dans l'évaluation, des travaux plus approfondis notamment sur la création d'un groupe contrôle adéquat seraient nécessaires.

Si l'on compare nos résultats à ceux des Maîtres de Stage des Universités, qui sont socio-démographiquement différents, les mêmes tendances positives sont retrouvées sur des critères d'activités que l'on pourrait associer à la qualité des soins.

Ce travail est une étude pilote qui ne montre pas de lien de causalité évident, mais plutôt une tendance positive au dispositif et nécessite des analyses ultérieures. Elle participe à la promotion de ce dispositif en croissance depuis plus de 20 ans.

# PERMIS D'IMPRIMER

## BIBLIOGRAPHIE

1. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* déc 2005;83(4):691-729.
2. Norcini J, et al. Evaluating The Quality Of Care Provided By Graduates Of International Medical Schools. *Health Affairs* 2010 29:8, 1461-1468.
3. Légifrance. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1). 91-748 juill 31, 1991.
4. Masson E. Références médicales opposables en France (RMO) [Internet]. EM-Consulte. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/61525/references-medicales-opposables-en-france-rmo>
5. Légifrance. Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. 99-1130 déc 28, 1999.
6. Code la Sécurité Sociale, Articles L145-1 à L145-9-2. Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique [Internet]. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006156023/#LEGISCTA000006156023](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006156023/#LEGISCTA000006156023)
7. Démarche et Méthodes de DPC [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc)
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
9. Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux de Bretagne (URPS-MLB). Groupes Qualité [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.urpsmlb.org/sur-le-terrain/groupes-qualite/>
10. Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale (APIMED). Rapport d'activité au 31 décembre 2019 [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2020/04/APIMED-Rapport-dactivit%C3%A9->

11. Siouville F. Évaluation du programme Groupe Qualité par les médecins généralistes participants de la région Normandie et impact sur leur pratique. :183.
12. Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale (APIMED). Rapport d'Activité 2020 [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://bretagne.groupes-qualite.org/wp-content/uploads/2021/06/Groupes-Qualite-Rapport-Activites-2020.pdf>
13. Carimalo E. Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée: étude avant/après [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2020.
14. Padiou R. Qu'est-ce que la représentativité? Economie et Statistique. 1974;56(1):65-6.
15. Danet A. Représentativité des maîtres de stage des universités réunionnais, comparée à l'ensemble des médecins généralistes de l'île : étude réalisée en 2015 . Médecine humaine et pathologie. 2016.
16. Quemener A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires de Rennes : une étude transversale à partir du Système National des Données de Santé (SNDS) [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes I; 2020.
17. Pérez-Farinós N, Galán I, Ordobás M, Zorrilla B, Cantero JL, Ramírez R. A sampling design for a Sentinel General Practitioner Network. Gac Sanit. juin 2009;23:186-91.
18. Anh Thi Tran, Åsne Bakke, Tore J Berg, et al. Are general practitioners characteristics associated with the quality of type 2 diabetes care in general practice? Results from the Norwegian ROSA4 study from 2014. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2020;36:2, 170-179.
19. Gray RW, Carter YH, Hull SA, Sheldon MG, Ball C. Characteristics of general practices involved in undergraduate medical teaching. Br J Gen Pract. mai 2001;51(466):371-4.

20. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2016;16:126.
21. Schneidermann A, Chau A. Revue de la littérature internationale : élaboration d'une liste de critères qualité de l'information médicale en ligne pouvant aider à la prise de décision en médecine générale [Thèses d'exercice]. [Nantes et Nice, France]: Universités de Nantes et de Nice; 2020.
22. Fleming DM, Miles J. The representativeness of sentinel practice networks. *J Public Health (Oxf).* mars 2010;32(1):90-6.
23. Levesque E. Groupe d'analyse de pratique entre pairs et développement professionnel continu en médecine générale. *Médecine humaine et pathologie.* 2019.
24. Pizon M. Participation à un groupe Qualité: motivations, freins et impacts sur la pratique [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2019.
25. Miotto BA, Guilloux AGA, Cassenote AJF, Mainardi GM, Russo G, Scheffer MC. Physician's sociodemographic profile and distribution across public and private health care: an insight into physicians' dual practice in Brazil. *BMC Health Services Research.* 23 avr 2018;18(1):299.
26. Goupil B, Chapron A et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases *BMJ* 2019; 367.
27. Jousset-Gatay P. Qui sont les Maîtres de Stage de Médecine Générale ? Etude descriptive et comparative des Médecins Généralistes Maîtres de Stage et non Maîtres de Stage de la région Centre. [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François Rabelais; 2013.
34. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Representativeness of general practice university lecturers. *Sante Publique.* 24 mars 2015;27(1):59-67.
28. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel

dans cinq régions françaises [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lexercice-de-la-medecine-generale-liberale-premiers-resultats-dun>

29. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

30. Système National des Données de Santé. Qu'est-ce que le SNDS ? [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>

31. Assurance Maladie. La ROSP [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>

32. La Rosp [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>

33. Dunet B. Quelle est l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la pratique des médecins généralistes ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117147/2015MCEM5154/fichier/5154F.pdf>

34. Soussain O. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique: ça marche? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique. :82.

35. Soussain - La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique ç.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962708/document>

36. Société Française de Médecine Générale : Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) [Internet]. [cité 14févr2022].Disponiblesur:[http://www.sfm.org/publications/les\\_theses/les\\_change\\_ments\\_comportementaux\\_induits\\_par\\_la\\_remuneration\\_sur\\_objectifs\\_de\\_sante\\_pu](http://www.sfm.org/publications/les_theses/les_change_ments_comportementaux_induits_par_la_remuneration_sur_objectifs_de_sante_pu)

blique\_rop.html

37. L'Insee change de méthode et la population rurale passe de 25 % à 33 % – Centre d'observation de la société [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/territoires/insee-change-de-methode-et-la-population-rurale-passe-de-25-a-33.html>
38. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations – La France et ses territoires | Insee [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
39. eval\_interventions\_ameliorer\_pratiques\_guide.pdf [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval\\_interventions\\_ameliorer\\_pratiques\\_guide.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf)
40. Etter JF, Laszlo E. Evaluation of a poster campaign against passive smoking for World No- Tobacco Day. Patient Educ Couns 2005;57(2):190-8.
41. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RB, Fiore MC, Baker TB, AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ Smoking Cessation Guideline in primary care. Prev Med 2002;35(3):293-301.
42. Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. Qual Saf Health Care 2003;12(1):47-52.
43. Black N, Hutchings A. Reduction in the use of surgery for glue ear : did national guidelines have an impact? Qual Saf Health Care 2002;11(2):121-4.
44. Bloor K, Freemantle N, Khadjesari Z, Maynard A. Impact of NICE guidance on laparoscopic surgery for inguinal hernias : analysis of interrupted time series. BMJ 2003;326(7389):578.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Comparaison des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription non présentée

Variables	Effectif total n=2652 (0)	GQ n=407 (0)	Non-GQ n=2245 (0)	Valeur de p (*S)
<b><u>Nombre de patients (file active)</u></b>	1586,9 ± 587	1627,3 ± 602,7	1579,6 ± 490,4	p = 0,131
<b>- % de patients exonérés</b>	28,41 ± 8,03	28,5 ± 8	28,4 ± 7,7	p = 0,797
<b>- % patient CMU</b>	6,74 ± 5,94	6,71 ± 5,84	6,75 ± 6,5	p = 0,903
<b>- % moins de 16 ans</b>	19,32 ± 6,6	20,3 ± 4,7	19,15 ± 3,42	p < 0,001
<b>- % patient de 16 à 59 ans</b>	51,32 ± 7,64	50,3 ± 7,7	51,5 ± 7,1	p < 0,01
<b>- % patient de 60 à 69 ans</b>	12,36 ± 4,07	12,1 ± 4,1	12,4 ± 3,7	p = 0,19
<b>- % patient de plus de 70 ans et plus</b>	16,98 ± 7,57	17,28 ± 7,6	16,9 ± 7,6	p = 0,35
<b>- % patient actif ayant eu IJ</b>	15,78 ± 4,51	16,28 ± 3,4	15,7 ± 4,7	p = 0,016
<b><u>Nombre total d'actes</u></b>	4540 ± 1731,35	4695,2 ± 1588	4511,9 ± 1755	p = 0,049
<b>- Total d'actes par patients</b>	2,93 ± 0,72	2,92 ± 0,63	2,94 ± 0,74	p = 0,665

- Consultations par patients	2,52 ± 0,62	2,46 ± 0,46	2,53 ± 0,64	p = 0,022
- Nombre de consultation totale	3902 ± 1524,6	3972,4 ± 1361,5	3889,4 ± 1552,3	p = 0,31
- Visites par patients	0,23 ± 0,26	0,24 ± 0,264	0,22 ± 0,26	p = 0,283
- Nombre de visite totale	346 ± 401,78	362,9 ± 347,3	342,9 ± 410,9	p = 0,36
- Nombre d'actes d'imagerie (hors échographie)	0,02 ± 0,23	0,027 ± 0,19	0,020 ± 0,24	p = 0,6
- Nombre d'actes d'échographie.	4,64 ± 66,77	6,5 ± 49,4	4,3 ± 69,5	p = 0,54
- Nombre total d'actes de chirurgie	96,71 ± 210,7	109,8 ± 183,2	94,3 ± 215,3	p = 0,17
- Nombre d'actes de chirurgie par patient	0,06 ± 0,15	0,064 ± 0,09	0,061 ± 0,16	p = 0,71
- Nombre d'ecg réalisé au total (cotation DEQP003)	37,69 ± 60,60	48 ± 78	35,82 ± 56,7	p < 0,001
- Nombre de majorations régulées par patient	0,05 ± 0,09	0,05 ± 0,08	0,05 ± 0,1	p = 0,91
- Nombre de majorations régulées	91,43 ± 217,2	84,1 ± 110,8	92,8 ± 231,3	p = 0,46
- Nombre de majoration de déplacement par patient	0,2 ± 0,22	0,21 ± 0,24	0,2 ± 0,22	p = 0,2
- Nombre de majoration de déplacement	302 ± 328,4	320,9 ± 310,4	298,6 ± 331,6	p = 0,21
- Nombre de majoration non régulées	9,9 ± 65,4	7,6 ± 32,9	10,3 ± 69,6	p = 0,44

- Nombre de majoration de coordination	31,03 ± 225,12	8,8 ± 40	35,7 ± 243,9	p = 0,03
--	-------------------	----------	-----------------	----------

### PRESCRIPTIONS

- Prescription infirmiers (nb Coeff)	25706,9 ± 21266,3	26619,4 ± 21764,7	25541,6 ± 21175,4	p = 0,35
--------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------

- Prescription de soins infirmiers par patient	16,65 ± 13,14	16,5 ± 12,2	16,7 ± 13,3	p = 0,74
--	------------------	----------------	----------------	----------

- Prescription de kinésithérapie (nb Coeff)	24178,9 ± 12863,1	24898,6 ± 10997,4	24048,5 ± 13171	p = 0,22
---	----------------------	----------------------	--------------------	----------

- Prescription de kinésithérapie par patient	15,71 ± 7,55	15,8 ± 6,8	15,7 ± 7,7	p = 0,83
--	-----------------	------------	---------------	----------

- Prescription de biologie (nb Coeff)	179779,1 ± 90790,8	188012,8 ± 88077,3	178286,4 ± 91213,7	p = 0,047
---------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

- Prescription de biologie par patient	114,13 ± 43,2	114,3 ± 36,6	114,1 ± 43,3	p = 0,91
--	------------------	-----------------	-----------------	----------

- Prescription de pharmacie (Mtt remboursable)	225137,9 ± 122546	231004,5 ± 118976,9	224074,3 ± 123177,9	p = 0,3
--	----------------------	------------------------	------------------------	---------

- Prescription de pharmacie	143,4 ± 61,82	141,3 ± 56,5	143,7 ± 62,7	p = 0,47
-----------------------------	------------------	-----------------	-----------------	----------

- Prescription de fournitures (Mtt remboursable)	52258,8 ± 31839,2	54613,7 ± 30225,8	51831,9 ± 32111,9	p = 0,1
--	----------------------	----------------------	----------------------	---------

- Prescription de fournitures par patient	33,34 ± 17,64	33,6 ± 15,5	33,2 ± 18	p = 0,7
---	------------------	----------------	-----------	---------

<b>- Prescription de transports (Mtt remboursable)</b>	10705,8 ± 9107,2	12452,1 ± 10457,3	10389,2 ± 8806,1	p < 0,001
<b>- Prescriptions de Transports par patient</b>	6,70 ± 5,17	7,5 ± 6	6,5 ± 4,9	p < 0,001
<b>- Prescription nombre d'IJ</b>	4985,3 ± 2948,9	4959,5 ± 2373,6	4989,9 ± 3041,9	p = 0,85
<b>- Prescription IJ par patient</b>	39,94 ± 14,80	39,5 ± 12,6	40 ± 15,2	p = 0,56

### MONTANTS ET HONORAIRES

<b>- Montant remboursé (Actes + Déplacements)</b>	130268,5 ± 52378,3	136405,83 ± 50850,71	129155,8 ± 52584,9	p = 0,01
<b>- Montant remboursé (Actes + déplacements) par patient</b>	84,52 ± 25,47	85,1 ± 50850,7	84,4 ± 52584,9	p = 0,6
<b>- Montant remboursé d'actes</b>	130268,5 ± 52378,3	135761 ± 50279,2	128612,7 ± 51994,2	p = 0,01
<b>- Montant remboursé d'actes par patient</b>	84,2 ± 25,12	84,7 ± 22,7	84 ± 25,6	p = 0,63
<b>- Montant remboursé de déplacements</b>	558,7 ± 1469,2	644,9 ± 1231,6	543,1 ± 1508	p = 0,2
<b>- Montant remboursé de déplacements par patients.</b>	0,35 ± 0,9	0,4 ± 0,77	0,34 ± 0,9	p = 0,31
<b>- Montant remboursable d'actes</b>	152997,5 ± 59066,6	159061,9 ± 57573,1	151898,1 ± 59279,5	p = 0,02
<b>- Montant remboursable d'actes par patients</b>	99,06 ± 26,38	98,96 ± 23,7	99,1 ± 26,9	p = 0,9

<b>- Honoraires (montant remboursable + dépassement)</b>	153391,6 ± 58821,5	152342 ± 58982,1	159181,3 ± 57656,8	p = 0,03
<b>- Honoraires (montant remboursable + dépassement) par patients</b>	99,53 ± 26,85	99,1 ± 23,8	99,6 ± 27,4	p = 0,69
<b>- Montant total de dépassement d'honoraire</b>	394,2 ± 3946,1	119,7 ± 827,9	443,9 ± 4272,7	p = 0,13
<b>- Montant de dépassements par patients</b>	0,47 ± 5,2	0,08 ± 0,6	0,54 ± 5,7	p = 0,1

*Les variables sont décrites en moyenne ± écart-type ; \*S : test de Student \*% : pourcentage ; \*CMU : Couverture Maladie Universelle ; \*IJ : nombre moyen de jours parmi les patients ayant reçu des indemnités journalières ; \*ECG : électrocardiogramme ; \*Soins IDE : soins infirmiers.*

**ANNEXE 2 : Comparaison des indicateurs non déclaratifs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, concernant la patientèle “médecin-traitant” non présentée.**

<b>Variables</b>	<b>Effectif total n=2652 (0)</b>	<b>GQ n=407(0)</b>	<b>Non-GQ n=2245 (0)</b>	<b>Valeur de p (*S)</b>
<b><u>Suivi des pathologies chroniques</u></b>				
<b>% des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année</b>	83 ± 12 (212)	86,1 ± 10 (17)	82,1% ± 15,6 (195)	p < 0,001
<b>% des patients traité par antidiabétiques de moins de 81 ans ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie</b>	40 ± 22 (229)	44 ± 22,4 (18)	39,2 ± 22,4 (211)	p < 0,001
<b>% des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre</b>	71 ± 11 (212)	74,9 ± 10,7 (17)	70,4 ± 9,3 (195)	p < 0,001
<b>% des patients diabétiques traités par metformine</b>	87 ± 9 (244)	87,7 ± 8,5 (19)	86,8 ± 8,8 (225)	p = 0,07
<b>% des patients MT traités par antihypertenseurs ayant</b>	23 ± 17	29,9 ±	22,3 ± 16,7	p < 0,001

<b>bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro-albuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire</b>	(106)	17,5 (4)	(102)	
<b>% des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2</b>	42 ± 12 (277)	42,7 ± 11,6 (21)	42,1 ± 11,6 (256)	p = 0,34
<b>% des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK</b>	19 ± 39 (1055)	18,7 ± 39 (150)	19 ± 39,2 (905)	p = 0,9
<b>% des patients MT ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH</b>	94 ± 7 (117)	96,2 ± 7,6 (5)	93,9 ± 13,7 (112)	p = 0,001
<b>% des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS »</b>	34 ± 19 (179)	28,3 ± 15,7 (12)	35,5 ± 18,9 (167)	p < 0,001
<b>% des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par</b>	88 ± 6 (174)	88,4 ± 5,6 (13)	88 ± 6 (161)	p = 0,18

## antiagrégants plaquettaires

### Dépistage et vaccinations.

% des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	69 ± 10 (99)	70,1 ± 7,9 (4)	69,4 ± 10,3 (95)	p = 0,17
% des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	63 ± 9 (94)	63,5 ± 8 (3)	63 ± 8,7 (91)	p = 0,29
% des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	58 ± 8 (78)	58,5 ± 7,7 (2)	57,6 ± 8,5 (76)	p < 0,05
% des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	34 ± 10 (82)	35,3 ± 9,4 (3)	33,5 ± 9,8 (79)	p < 0,001

### PRESCRIPTION ET IATROGÉNIE

% des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	6 ± 5 (184)	5,9 ± 4,6 (15)	6,2 ± 4,5 (169)	p = 0,132
% des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines	45 ± 14 (327)	44,5 ± 14,8 (38)	45,6 ± 14,3 (289)	p = 0,2

<b>% des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines</b>	17 ± 7 (137)	17,2 ± 6,5 (8)	17,3 ± 7,4 (129)	p = 0,84
<b>Nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD</b>	20,3 ± 10,7 (69)	18 ± 8,5 (1)	20,7 ± 11,1 (68)	p < 0,001
<b>% des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération; fluoroquinolones)</b>	32 ± 12 (122)	31 ± 9,8 (4)	31,7 ± 11,8 (118)	p = 0,22
<b>Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine</b>	2 ± 15 (849)	3,1 ± 17,2 (114)	2,1 ± 14,4 (735)	p = 0,32
<b><u>GÉNÉRIQUES</u></b>				
<b>% des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques</b>	96 ± 4 (113)	96, ± 3,7 (5)	96 ± 4,3 (108)	p = 0,23
<b>% des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques</b>	93 ± 3 (80)	93,4 ± 2,8 (3)	93,8 ± 3 (77)	p = 0,01
<b>% des boîtes de médicaments (hors statines,</b>	61 ± 6 (37)	61,2 ± 4,1	61,3 ±	p = 0,77

<b>antihypertenseurs, traitement de l'incontinence urinaire et traitement de l'asthme) prescrites dans le répertoire des génériques</b>	(1)	6,2 (36)
---	-----	----------

Les variables sont décrites en moyenne  $\pm$  écart-type (données manquantes). Les groupes sont décrits en effectif (données manquantes). \*S : test de Student \*% : pourcentage



**GROUPES QUALITE®  
EN  
MEDECINE GENERALE**

**« UNITE TERRITORIALE D'AMELIORATION DES PRA-  
TIQUES ET D'ORGANISATION PROFESSIONNELLE »**

**Cahier des charges**

## **1- OBJECTIFS DES GROUPES QUALITE**

### **1.1 Contexte**

Les médecins spécialistes de médecine générale sont confrontés à un exercice de plus en plus complexe, à des contraintes économiques, sociétales, qui nécessitent de faire évoluer leur exercice professionnel en développant notamment de nouvelles formes de réflexion. Afin de garantir à la population des soins de qualité, de maintenir une offre de premier recours sur le territoire et de rompre l'isolement professionnel.

### **1.2 Objectifs du projet**

Proposer aux médecins généralistes participants un espace de réflexion dans le cadre des données actualisées et un cadre de rencontre afin de confronter leur pratique de façon critique.

Les 4 objectifs principaux des Groupes Qualité® sont :

- a. Permettre aux médecins spécialistes de médecine générale d'une même zone géographique :
  - de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leur pratique et sur les problèmes qu'ils rencontrent, de rompre ainsi leur isolement.
  - de développer de nouvelles formes de relations professionnelles.
  - de faciliter l'organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé.
- b. Développer une démarche réflexive en donnant aux médecins des moyens afin :
  - d'analyser plus facilement dans leur pratique quotidienne les décisions qu'ils prennent.
  - d'identifier la nature des obstacles à l'application d'une recommandation.
  - d'améliorer la sécurité des soins (bénéfice/risque).
- c. Élaborer des stratégies pertinentes pour mettre en œuvre cette recommandation en tenant compte des trois dimensions suivantes :
  - humaine
  - scientifique
  - économique
- d. Valoriser l'engagement des médecins.

## **2 - PRINCIPES GÉNÉRAUX**

### **2.1 La constitution des groupes**

Les Groupes Qualité cherchent à impliquer tous les médecins spécialistes de médecine générale d'une même zone géographique.

## 2.2 L'engagement des médecins

Les médecins s'engagent, à travers les Groupes Qualité à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

## 3 - ARCHITECTURE FONCTIONNELLE

### 3.1 Structures

#### 3.1.1 Support juridique du projet

Une association loi 1901, réunissant à l'échelon régional les représentants élus des médecins participants aux groupes qualité et des représentants mandatés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé, est la structure juridique responsable du programme.

Cette structure juridique établit des conventions de fonctionnement avec les institutions :

- Agence Régionale de Santé
- Assurance Maladie
- Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux • et tout partenaire en dehors de l'industrie pharmaceutique.

#### 3.1.2 Rôles de la structure régionale

- Désigner un médecin coordonnateur.
- Définir le choix des sites pour l'implantation des groupes qualité.
- Désigner les animateurs des groupes et organiser leur formation.
- Établir la liste des thèmes qui seront proposés aux médecins des groupes.
- Assurer l'évaluation du programme.
- Définir les actions de communication.
- S'assurer du respect du cahier des charges.

#### 3.1.3 Le médecin coordonnateur

Dans chaque région, un médecin coordonnateur est recruté par l'association pour assurer le lien entre les Groupes qualité<sup>®</sup> de la région.

Ses attributions sont :

- Organiser les formations d'animateurs et les accompagner.
- Participer à l'évaluation du programme.
- Être l'interface entre les Groupes Qualité et l'association en facilitant les échanges.
- S'assurer du respect du cahier des charges des Groupes qualité<sup>®</sup>.
- Centraliser les comptes rendus des réunions.

### 3.1.4 Les médecins animateurs

Chaque groupe est accompagné par un animateur,

- recruté parmi les médecins de terrain de même spécialité et validé par l'association régionale.
- disposant de compétences en animation de groupes.

L'animateur doit avoir suivi une formation spécifique aux Groupes Qualité. Son rôle est celui d'un facilitateur, en aucun cas celui d'un expert.

Il doit :

- Accompagner les médecins dans leur démarche réflexive.
- Gérer la dynamique du groupe, s'assurer du respect du déroulement prévu, répartir le temps de parole et le travail entre les réunions.
- S'assurer que les aspects matériels et logistiques des réunions ont bien été pris en compte.
  - Inciter les médecins à la recherche documentaire.
  - Être le relais entre les médecins de terrain et le coordonnateur.
- S'engager à suivre les formations spécifiques à la démarche des Groupes Qualité.

## 3.2 Engagement des médecins participants - Contractualisation

### 3.2.1 Le contrat

Un contrat annuel, renouvelable par tacite reconduction, est établi entre l'association et chacun des médecins intégrant un Groupe Qualité.

Ce contrat individuel explicite, sur la base du cahier des charges :

- les obligations du médecin.
- les objectifs fixés par le cahier des charges.
- les modalités de valorisation du médecin engagé (indemnisation et validation des obligations de formation).

### 3.2.2 Les thèmes

Chaque réunion est dédiée principalement à un thème, lié aux engagements pris par l'association.

Les thèmes retenus doivent :

- Concerner la pratique quotidienne des médecins.
- Être propres à générer une amélioration des pratiques.
- Être évaluables.
- Correspondre à des données actualisées de la science.
- Améliorer la coordination des soins.

### **3.3 Le pilotage régional**

Une convention définit l'engagement des partenaires sur les modalités de partenariat et les conditions de mise en œuvre du projet en région.

*Un Comité de Pilotage Régional*, réunissant les différents partenaires, fixe les orientations, définit les objectifs du projet et les modalités d'évaluation de la démarche, dans le respect du cahier des charges.

*Un Comité Technique Régional* est composé des personnes ressources nécessaires à la mise en œuvre des actions validées par le comité de pilotage.

### **3.4 Le pilotage national**

*La Fédération française des Groupes Qualité®* (FFGQ) association loi de 1901:

- Fédère les représentations régionales.
- Coordonne la mise en œuvre et le suivi du programme.
- Est l'interlocuteur commun avec les organisations nationales.
- Organise la concertation entre les différentes régions.

### **3.5 Fonctionnement d'un groupe qualité**

Il repose sur l'organisation de 10 réunions par an, à un rythme mensuel, dont 6 réunions à thème choisi par l'association.

#### **3.5.1 Réunions thématiques**

Elles permettent aux médecins, pour le thème choisi, de s'interroger sur leur pratique à partir d'observations cliniques, que chacun d'entre eux présente à tour de rôle. A travers cet échange, l'animateur s'assure que les déterminants des décisions médicales sont identifiés, que les décisions médicales se réfèrent aux données actualisées validées et, le cas échéant, que les obstacles à l'application de ces données sont précisés. En fonction du thème abordé, la participation d'autres professionnels de santé est envisageable.

Les étudiants stagiaires participent de plein droit aux réunions des Groupes Qualité.

Concrètement, les réunions s'organisent donc autour des temps suivants : • Présentation des objectifs et du déroulement de la réunion.

- Présentation du résultat des recherches entreprises par les médecins pour répondre aux questions restées sans réponse aux réunions précédentes.
- Présentation de cas cliniques et discussion.
- Synthèse et répartition du travail pour la réunion suivante.

- Au terme de la réunion, un compte rendu écrit est adressé à l'association régionale.

### 3.5.2 Retour d'informations

Deux fois par an un retour d'information émanant des ressources de l'assurance maladie ou d'audits est fourni aux médecins participants leur permettant d'analyser l'évolution de leur pratique et d'identifier l'impact des mesures qu'ils ont prises.

### 3.5.3 Attestation de présence

Le contrat Groupe Qualité implique un engagement d'assiduité de la part des médecins. Dans ce cadre, une feuille d'émargement est prévue à chaque réunion. Elle atteste la présence des médecins ; elle est transmise après chaque réunion au secrétariat de l'association et permet l'indemnisation de ces derniers.

### 3.5.4 Documentation

- Une documentation médicale est mise à la disposition des médecins par le coordonnateur.
- Cette information expose la problématique du thème abordé et des données actuelles sur le sujet et comporte des références bibliographiques.

## 3.6 Évaluation

3.6.1 Impact du programme des Groupes Qualité sur la qualité et l'efficience des soins.

3.6.2 L'évaluation des moyens nécessaires au fonctionnement du projet en région.

3.6.3 Évaluation du fonctionnement.

Le déroulement du programme ainsi que les actions menées dans les différents groupes font l'objet d'une évaluation annuelle. Elle concerne :

a. Les réunions :

- Présence aux réunions et effectif des médecins.
- Contenu des réunions (durée des rencontres, thèmes traités, supports utilisés...).
- La concertation avec les autres professionnels de santé.

b. La documentation :

- Les dossiers documentaires.
- La restitution des données par l'Assurance Maladie.
- Les autres sources de données.

c. La satisfaction des acteurs :

- Enquête de satisfaction auprès des acteurs.

### **3.7 La communication autour du programme**

Les données issues de la mise en œuvre du projet sont la propriété de l'association régionale. Dans ce cadre toute action de communication envisagée se fera sous réserve de validation par l'assemblée générale de l'association.

## ANNEXE 4 : PROFIL DES GROUPES QUALITÉS : NOTICE

### LES PROFILS GROUPES QUALITE

#### - Notice -

#### C'EST QUOI ?

De façon générale, un profil correspond à un ensemble de données chiffrées permettant d'apporter des informations objectives sur la situation d'un professionnel de santé

Dans le cadre des Groupes Qualité, il s'agit d'apporter un certain nombre de résultats concernant des thèmes en lien avec l'exercice de la médecine générale et comportant des enjeux de santé publique, dans un but d'amélioration continue des pratiques.

#### POUR QUI ?

Pour vous, individuellement et personnellement, en tant que médecin des Groupes qualité. Individuellement puisque vous serez en mesure d'identifier vos propres résultats au sein du profil et personnellement puisque vous serez le seul à pouvoir réaliser cette identification.

#### NB :

- Tous les résultats individuels figurant dans les profils sont présentés de façon anonyme, chaque médecin étant identifié par un numéro.
- Vous êtes le seul à connaître le numéro identifiant votre situation personnelle.

#### POUR QUOI ?

Pour vous permettre :

- D'appréhender votre pratique au travers d'indicateurs objectifs
- De vous situer par rapport aux pratiques de vos confrères (du Groupe Qualité, des autres Groupes Qualité, des autres médecins) et au regard des recommandations
- Si nécessaire, d'adapter vos stratégies de prise en charge médicale, ou sinon de conforter celles-ci
- De suivre les évolutions de votre pratique.

#### COMMENT ?

Les profils comportent une dizaine d'indicateurs portant sur des thèmes variés mais toujours en lien avec des situations fréquemment rencontrées au cours de l'exercice de la médecine générale et/ou dont l'impact de santé publique est important.

#### NB :

- Les indicateurs présentés sont communs à l'ensemble des Groupes Qualité nationaux après avoir été discutés et choisis par vos référents régionaux  
MAIS  
Ces indicateurs peuvent être modifiés, supprimés ou créés selon les souhaits des Groupes Qualité remontés à votre représentant régional, afin de s'adapter au mieux aux problématiques que vous rencontrez
- Selon votre patientèle vous serez peut-être moins concernés par certains indicateurs : par exemple un indicateur sur la vaccination pédiatrique si votre patientèle est principalement âgée.

Les indicateurs :

- sont produits 2 fois par an et réalisent une analyse par semestre
- présentent toujours votre situation selon 2 axes :
  - votre positionnement au cours du semestre analysé
  - votre évolution par rapport au même semestre de l'année précédente

**NB :**

- Compte tenu des 2 axes qui structurent la présentation de chaque indicateur (position et évolution), vous n'apparaîtrez dans les profils qu'à condition d'avoir été en activité sur la totalité des deux périodes semestrielles prises en compte (semestre évalué de l'année et semestre de référence de l'année précédente) : si vous avez démarré votre activité **au milieu** du 1er semestre de l'année N, votre situation n'apparaîtra et ne sera prise en compte dans les profils qu'à compter de l'analyse du 2d semestre de l'année N+1

Les données qui permettent de produire les indicateurs sont issues du SNIIRAM, le Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie. Cette base contient l'ensemble de l'activité de chaque professionnel de santé (actes et prescriptions), quels que soient le régime d'affiliation (RG, MSA, RSI, ...) et l'origine géographique (région ou hors région) des patients pris en charge par ce professionnel.

**NB :**

- Seules les prestations **remboursables** ET **remboursées** figurent dans la base de données et peuvent donc être prises en compte
- Les données présentes dans le SNIIRAM :
  - Les actes (avec un niveau de précision variable selon la nomenclature de facturation : CCAM, NGAP)
  - Les médicaments (quantité et conditionnement)
  - Les produits (tous les matériels de soins remboursables : pansements, lecteurs glycémiques, lits, fauteuils, oxygénothérapie, orthèses, ...)
  - Les séjours en établissements (Ets MCO, Ets psy, SSR, EHPAD, ...)
  - Les prestations en espèces (arrêt de travail, rente d'invalidité, rente d'accident du travail, ...)
  - Les données médico-administratives qui conditionnent le remboursement (le risque AT-MP ou maladie, l'ALD éventuelle, le régime d'affiliation, la commune de résidence, ...)
- Les données absentes du SNIIRAM :
  - Les médicaments non remboursables
  - Les automédications (non remboursées)
  - Les prestations non remboursables (psychologue, diététicien, ...)
  - Les prestations financées par une enveloppe globale (vaccination en PMI, médicaments délivrés par la pharmacie à usage intérieur de l'EHPAD, ...)
  - Les prestations en espèces non servies par les régimes d'assurance maladie (AAH, ...)
  - Les données cliniques, les résultats des examens
  - les facteurs de risques personnels (tabagisme, surpoids, antécédents familiaux, ...), sauf en présence d'un élément remboursé traceur (substituts nicotiques, antidiabétique, hypocholestérolémiant, ...)
- L'origine de la prescription (identification du prescripteur) est transmise par l'exécutant (pharmacien, biologiste, ...) de la prestation, lors de la télétransmission : des attributions « à tort » au médecin traitant de certaines prescriptions sont possibles (homonymie de prescripteur, erreur de saisie du numéro d'identification,...) et ne font pas l'objet d'une vérification, par retour à l'archive, dans le cadre de l'élaboration des profils Groupes Qualité. Ces anomalies sont habituellement inférieures à 5 %.

## SOUS QUELLE FORME ?

Le profil se présente sous la forme d'un fichier qui regroupe les résultats de tous les médecins de votre groupe pour tous les indicateurs étudiés avec :

- une page de garde qui indique le Groupe Qualité concerné et la période évaluée
- un sommaire
- une page par indicateur
- deux annexes
  - définitions de certains termes ou illustrations
  - chiffres individuels pris en compte pour le calcul de l'indicateur

Les résultats de chaque indicateur sont présentés sur 1 page, sous une forme synthétique et visuelle avec :

- Un titre qui indique l'objet de l'indicateur

### ANTIBIOTIQUES

- Une synthèse de la problématique analysée précisant la recommandation sur laquelle elle s'appuie (HAS, ANSM, société savante, ...)

#### RECOMMANDATION

Les fluoroquinolones font partie des classes d'antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes. Une meilleure application des recommandations de bonne pratique de prescriptions des fluoroquinolones est nécessaire pour diminuer ce risque (AFSSAPS - Novembre 2010).

- Un descriptif bref de l'indicateur avec la définition du numérateur et du dénominateur

#### INDICATEUR






Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans : nombre de délivrances avec au moins une fluoroquinolone / nombre de délivrances avec au moins un antibiotique.

#### **NB :**

- Pour un descriptif plus précis sur la construction de l'indicateur, il conviendra de se reporter à sa fiche d'information détaillée.

- Un tableau « résultat » permettant de situer votre Groupe Qualité par rapport au Groupe Témoin et par rapport à l'évolution souhaitée

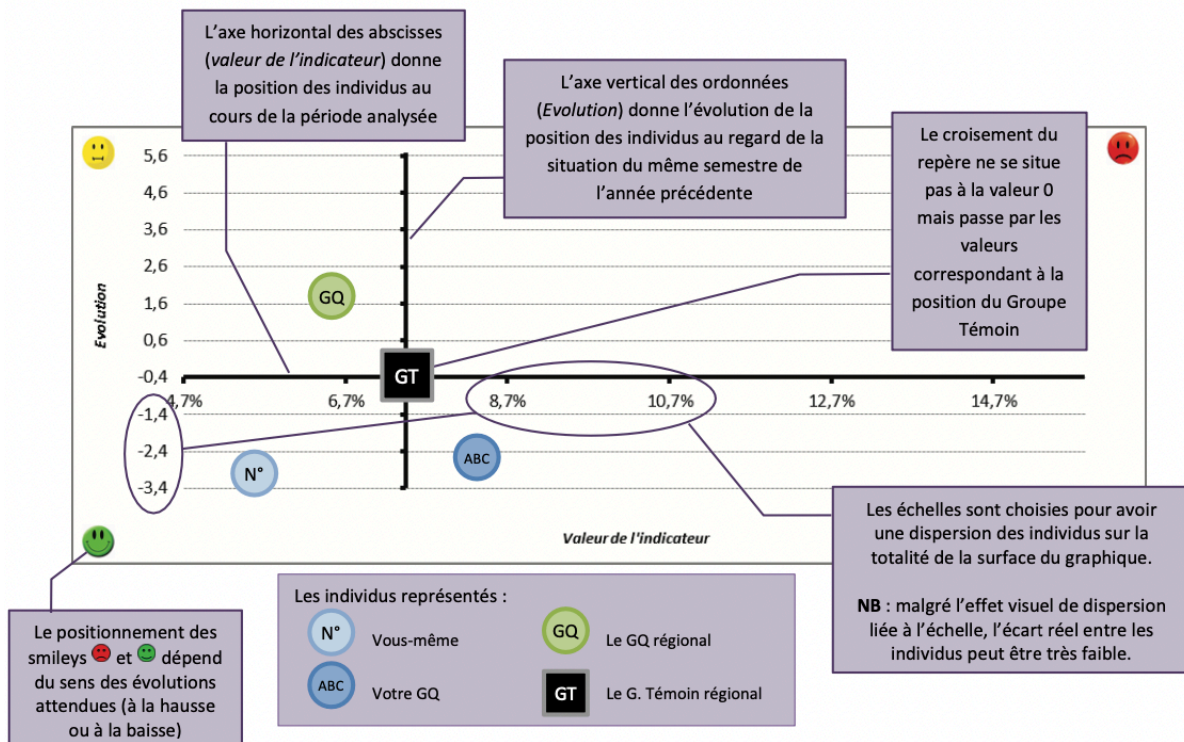
#### RESULTAT DU GROUPE QUALITE COMPARE AU GROUPE TEMOIN

Evolution souhaitable	Groupe témoin		Groupe de ...		Résultat	
	1 <sup>er</sup> semestre 20...	Evolution	1 <sup>er</sup> semestre 20...	Evolution		
 	Indicateur 1	%	pts	%	pts	  

**NB :**

- L'évolution souhaitable indique le sens attendu vers lequel l'indicateur devrait tendre. Selon la construction de l'indicateur, cet attendu peut donc être orienté à la hausse (↗) ou à la baisse (↘)
- L'évolution est affichée en « points » correspondant à la différence des taux du semestre évalué et du semestre de référence (il ne s'agit pas d'un taux d'évolution en %, mais bien de l'évolution brute du taux de l'indicateur)  
Par exemple :  
Taux du semestre évalué : 30%  
Taux du semestre de référence : 20%  
⇒ L'évolution en points est alors de +10pts  
(une évolution mesurée en pourcentage aurait donné +33%)
- Pour l'interprétation des smileys 😊, 😐, 😞 : cf. ci-dessous

- 2 graphiques :
  - Le 1<sup>er</sup> graphique permet de **vous** situer au sein de votre Groupe Qualité (par rapport à chacun de ses membres et à la moyenne de votre groupe) mais aussi par rapport au Groupe Qualité régional (GQ, ensemble des médecins participants aux Groupes Qualité de la région) et par rapport au Groupe Témoin régional (GT, médecins de la région hors Groupes Qualité)
  - Le 2<sup>d</sup> Graphique permet de situer **votre Groupe Qualité** par rapport aux autres Groupes Qualité de la région mais aussi par rapport au Groupe Qualité régional (GQ) et par rapport au Groupe Témoin régional (GT)



**NB :**

- **Les smileys ne sont que l'illustration visuelle du positionnement** des individus considérés (vous-même, votre Groupe Qualité, les autres Groupes Qualité, le Groupe Qualité régional) au regard du Groupe Témoin dont la situation a été retenue par convention comme le point de croisement du repère :
  - 😊 : le résultat de l'individu considéré se situe dans une situation plus favorable que le Groupe Témoin avec une concordance des indicateurs du côté plus favorable tant sur la position que sur l'évolution
  - 😐 : le résultat de l'individu considéré se situe dans une situation à la fois plus et moins favorable que le Groupe Témoin avec une dissociation des indicateurs de position et d'évolution, l'un du côté plus favorable et l'autre du côté moins favorable que le Groupe Témoin.
  - 😞 : le résultat de l'individu considéré se situe dans une situation moins favorable que le Groupe Témoin avec une concordance des indicateurs du côté moins favorable tant sur la position que sur l'évolution
  
- **Les smileys ne permettent pas d'affirmer à eux seuls la nécessité ou non d'une modification de vos pratiques :**
  - Si le smiley est 😞 mais que l'individu considéré est proche du Groupe Témoin et que ce dernier se trouve dans une situation satisfaisante, une remise en question des pratiques ne sera pas obligatoirement nécessaire
  - A l'inverse, si le smiley est 😊 mais que de l'individu considéré est proche du Groupe Témoin et que ce dernier se trouve dans une situation peu satisfaisante, une interrogation sur les pratiques pourra s'avérer utile.
  - Il en est de même lorsque le smiley est 😐 : avant d'envisager la pertinence et la nature des éventuelles modifications des pratiques, il conviendra d'apprécier à la fois l'éloignement de la position et l'intensité de l'évolution par rapport au Groupe Témoin et par rapport à ce qui est attendu pour cet indicateur.

- Une plage « Commentaires », pour vous permettre de noter vos observations personnelles.
  
- A la fin du Profil Groupe Qualité (annexe), un tableau précise pour chaque indicateur et pour chaque médecin (anonymisé) du Groupe Qualité les valeurs prises en compte pour le calcul des différents taux :
  - Le numérateur (chiffre)
  - Le dénominateur (chiffre)
  - Le résultat observé (% ou montant)

	Med 1	Med 2	Med 3	Med 4	Med 5	Med ...
<b>Antibiotiques</b>						
Num						
Déno						
%						

**NB :**

- Ce tableau vous permet de connaître le nombre de situations prises en compte pour le calcul du taux et vous permet donc d'apprécier la significativité de son résultat : lorsque l'effectif du dénominateur est faible, des variations de quelques unités au numérateur vont impacter fortement le taux calculé.

Par exemple, si les patients potentiellement concernés par l'indicateur sont au nombre de 10 (dénominateur avec un faible effectif), chaque individu qui respectera l'indicateur (numérateur) vaudra alors 10 % dans le résultat final

## CONCLUSION

### CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Considérer les smileys comme une synthèse et un jugement de votre situation
  - ⇒ Il s'agit uniquement d'une aide visuelle pour la lecture du graphique au regard du sens de l'évolution attendue
  - ⇒ Les smileys ne permettent pas à eux seuls de juger de la pertinence ou non d'une modification de vos pratiques

### CE QU'IL FAUT FAIRE

1. Commencer par analyser votre résultat individuel
  - a. Le chiffre de votre position et le chiffre de votre évolution
  - b. Le nombre de situations prises en compte pour le calcul de ces chiffres (significativité ou non des résultats)
2. Puis, avant toute analyse comparative, observer :
  - a. Les échelles du graphique (importance ou non des écarts)
  - b. Les valeurs du Groupe Témoin au croisement du repère
3. Puis, seulement, réaliser une observation comparative avec les autres individus représentés sur le graphique

LANGEVIN Antoine - Représentativité des médecins généralistes libéraux des groupes qualités bretons : une étude transversale à partir de données issues du Système National de Données de Santé (SNDS).

68 feuilles, 1 illustration, 3 tables, 30 cm Thèse : Médecine générale ; Université de Rennes 1 ; 2022

**Problème posé** : Les groupes qualités sont des groupes de pairs visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Comment évaluer l'impact réel de ces groupes sur la pratique ? Actuellement, cette évaluation repose sur des profils d'indicateurs comparé à un groupe contrôle par défaut. Il est nécessaire de caractériser cette population pour permettre d'évaluer la représentativité de cet échantillon et la validité de ce groupe témoin. **Méthodes** : Nous avons comparé les médecins généralistes des groupes qualités et ceux qui n'en faisaient pas partis à activité complète en 2020 sur la région Bretagne. Nous avons comparé 2245 médecins des GQ et 407 non-GQ sur des critères sociodémographiques, d'activités via les RIAP et les ROSP fournies par la CPAM issues du SNDS. Les médecins à mode d'exercice particulier et à faible activité ont été exclus. **Résultats** : On observe entre les médecins des groupes qualités et les médecins généralistes bretons des différences sur des critères socio-démographiques et d'activités : les médecins des groupes qualités sont des femmes et sont plus jeunes. Ils ont une patientèle file active plus importante, voient plus d'enfants. Ils effectuent plus d'actes, moins de consultations par patients et moins de majoration de coordination. Les médecins des groupes qualités répondent d'avantage aux recommandations sur le suivi du patient diabétique et perçoivent moins d'honoraires. Ils sont moins prescripteurs d'antibiotiques et plus de génériques. **Conclusion** : Nous avons constaté des différences significatives entre les médecins GQ et les non GQ sur de nombreux critères qu'il faudra prendre en compte dans de futures études. Cette étude montre une tendance positive concernant ce dispositif et participe à sa promotion.

**Background**: Quality groups are peer groups aimed at improving the quality and efficiency of care. How to assess the real impact of these groups on the practice? Currently, this assessment is based on indicator profiles compared to a default control group. It is necessary to characterize this population in order to assess the representativeness of this sample and the validity of this control group. **Methods**: We compared general practitioners in the quality groups and those who were not fully active in 2020 in the Brittany region. We compared 2245 doctors from GQ and 407 non-GQ on sociodemographic criteria, activities via the RIAPs and the ROSPs provided by the CPAM from the SNDS. Physicians with a particular mode of exercise and low activity were excluded. **Results**: We observe between the doctors of the quality groups and the Breton general practitioners of the differences on socio-demographic criteria and activities: the doctors of the quality groups are women and are younger. They have a larger active file patient base, see more children. They perform more acts, fewer consultations per patient and less coordination surcharge. Physicians in the quality groups are more responsive to the recommendations on the follow-up of the diabetic patient and receive less fees. They prescribe less antibiotics and more generics. **Conclusion**: We found significant differences between GQ and non-GQ doctors on many criteria that should be considered in future studies. This study shows a positive trend concerning this device and contributes to its promotion.

Rubrique de classement : [médecine générale ; Santé publique]

Mots-clés : Médecine générale. Caractéristiques de la population. Groupe qualité. Représentativité. Amélioration de la qualité des soins. Étude transversale. Collecte de données. Groupe contrôle.

Mots-clés MeSH: General medicine. Characteristics of the population. Quality group. Representativeness. Improved quality of care. Cross-sectional study. Data gathering. Control group.

JURY : - Président : Monsieur le Professeur Patrick JEGO  
- Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier DECAUX  
Monsieur le Professeur Éric MENER  
Monsieur le Docteur Pierre LE DOUARON  
Monsieur le Docteur Frédéric MAS

Adresse de l'auteur : 16 Boulevard Maréchal JOFFRE 14150 OUISTREHAM