

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE

RÉSULTATS

1. Démographie de l'échantillon

2. Analyse qualitative des entretiens

2.1. Raisons ressenties de la mise en place de la ROSP

- 2.1.1. Compenser la stagnation du tarif de la consultation et répondre aux demandes de revalorisation
- 2.1.2. Contrôler les pratiques
- 2.1.3. Evoluer vers une autre forme de rémunération
- 2.1.4. Faire des économies de santé
- 2.1.5. Faire évoluer les pratiques médicales
- 2.1.6. Raisons politiques ou administratives

2.2. Adhésion à la ROSP

- 2.2.1. Adhésion au principe de paiement à la performance
- 2.2.2. Adhésion à un ou des critères
- 2.2.3. Attrait financier de la ROSP
- 2.2.4. Proposition de nouveau(x) critère(s)

2.3. Les raisons du rejet actif ou passif de la ROSP

- 2.3.1. Désintérêt-indifférence
 - 2.3.1.1. Absence d'avis
 - 2.3.1.2. Inexpérience du médecin
 - 2.3.1.3. Manque d'intérêt financier
 - 2.3.1.4. Non choix de la ROSP
 - 2.3.1.5. Participation passive à la ROSP
 - 2.3.1.6. Préférence pour la formation médicale
- 2.3.2. Problématique du recueil de données
 - 2.3.2.1. Manque de fiabilité
 - 2.3.2.2. Cautionnement par le délégué de la CPAM
 - 2.3.2.3. Outils inadaptés
 - 2.3.2.4. Méconnaissance du système de recueil
- 2.3.3. Rejet des critères
 - 2.3.3.1. Rejet des critères administratifs
 - 2.3.3.2. Critères non adaptés à la réalité de la pratique médicale
 - 2.3.3.3. Remise en cause du bien-fondé scientifique des critères
- 2.3.4. Rejet du concept de paiement à la performance
 - 2.3.4.1. Infantilisation
 - 2.3.4.2. Paiement illégitime-culpabilité
 - 2.3.4.3. Conception administrative et politique

2.4. Conséquences de la ROSP

- 2.4.1. Effets négatifs de la ROSP
 - 2.4.1.1. Contraintes de prescriptions
 - 2.4.1.2. Inflationnisme
 - 2.4.1.3. Sélection de la patientèle
 - 2.4.1.4. Tricherie
 - 2.4.1.5. Ingérence de l'assurance maladie
- 2.4.2. Modification de la pratique
 - 2.4.2.1. Absence d'impact sur la pratique
 - 2.4.2.2. Impact positif sur la pratique
- 2.4.3.3. Remise en cause de l'éthique et de la déontologie

2.4.2.4. Modification des rapports avec l'assurance maladie - rôle des délégués de l'Assurance maladie.

2.5. Limites d'applicabilité de la ROSP

2.5.1. Inégalités des territoires de santé

2.5.1.1. Disparités d'accès aux soins

2.5.1.2. Disparités des profils de patientèle

2.5.1.3. Coordination avec les spécialistes

2.5.2. Problématiques du médecin généraliste

2.5.2.1. Surcharge de travail

2.5.2.2. Fracture générationnelle

2.5.2.3. Fracture Libéral - Hospitalier

2.5.2.4. Manque de considération

2.5.3. Relation médecin patient

2.5.3.1. Confrontation aux exigences et aux représentations des patients

2.5.3.2. Indépendance du patient

2.5.3.3. Déshumanisation - Protocolisation - Obligation de rentabilité

2.6. Perspectives d'évolution du système de santé à travers la rémunération

2.6.1. Aspirations quant au mode de rémunération

2.6.1.1. Majoration du tarif de la consultation

2.6.1.2. Hiérarchisation de la nomenclature

2.6.1.3. Remise en cause du paiement à l'acte exclusif

2.6.1.4. Salariat

2.6.1.5. Paiement à la performance

2.6.1.6. Capitation

2.6.1.7. Rémunération mixte

2.6.1.8. Adhésion au mode de rémunération actuel

2.6.2. Souhaits et craintes vis-à-vis du devenir du système de santé

2.6.2.1. Attachement aux valeurs libérales

2.6.2.2. Rejet du tiers payant

2.6.2.3. Crainte de l'inféodation aux mutuelles

2.6.2.4. Désir de pluridisciplinarité

DISCUSSION

1. Analyse critique de notre travail

1.1. Choix de la méthode qualitative

1.2. Echantillon des médecins interrogés

1.2.1. Recrutement

1.2.2. Démographie des médecins interrogés

1.3. Guide d'entretien

1.4. Déroulement des entretiens

1.5. Analyse des données

2. Pourquoi adhérer à la ROSP ?

2.1. L'intérêt financier comme principal vecteur d'adhésion

2.1.1. Rappel du mode de calcul

2.1.2. Une rémunération compensatoire ?

2.1.3. Une part grandissante des revenus des médecins généralistes

2.1.4. Une rémunération inférieure à celle des pays voisins ?

2.1.4.1. Comparatif des revenus des médecins généralistes de l'OCDE

2.1.4.2. Comparaison entre la ROSP et le QOF

2.2. L'amélioration des pratiques médicales en ligne de mire

2.2.1. Un objectif d'harmonisation des pratiques

2.2.2. Favoriser le dépistage et la prévention

2.2.3. Favoriser l'efficacité en matière de prescription

2.2.4. Favoriser le travail pluridisciplinaire

3. Pourquoi rejeter la ROSP ?

3.1. L'idée même de performance

- 3.1.1. Le médecin généraliste, un praticien libéral singulier
- 3.1.2. La définition de la performance et ses dérivés
- 3.1.3. Comment juger la performance d'un tel dispositif ?
 - 3.1.3.1. Le patient, seul juge de la performance du médecin ?
 - 3.1.3.2. L'exemple des modèles britannique et américain
- 3.1.4. Une mesure infantilisante, voire illégitime ?
- 3.1.5. Un dispositif inadapté à l'exercice de la médecine générale ?
- 3.2. Critiques des critères
 - 3.2.1. Remise en cause du bien-fondé scientifique des indicateurs
 - 3.2.2. Préférence pour les formations et les recommandations des sociétés savantes
- 3.3. Absence d'évolutivité de la ROSP
- 3.3. Le manque de fiabilité
 - 3.3.1. Caractère déclaratif
 - 3.3.2. Des difficultés techniques
- 3.4. Les limites du système
 - 3.4.1. La relation médecin-malade ne peut pas être "protocolisée"
 - 3.4.1.1. Le patient perçu comme un individu autonome
 - 3.4.1.2. Le médecin, seul détenteur du savoir médical ?
 - 3.4.2. L'idée d'un conflit d'intérêt
 - 3.4.2.1. Conflit d'intérêt entre médecins et caisses
 - 3.4.2.1.1. Les économies de santé, cheval de bataille des caisses
 - 3.4.2.1.2. Un motif difficilement accepté par les médecins
 - 3.4.2.2. Conflit d'intérêt éthique
 - 3.4.3. Un système qui ne tient pas compte des inégalités
 - 3.4.3.1. L'inégalité des profils de patientèle
 - 3.4.3.2. L'inégalité des tailles de patientèle
 - 3.4.3.3. L'inégalité en termes d'accès aux soins

4. Quelles conséquences ?

- 4.1. Sur la pratique
 - 4.1.1. Un bilan élogieux de la part de la CPAM
 - 4.1.2. Un impact sur la santé négligeable, un impact sur les pratiques parfois nul
 - 4.1.3. Un impact parfois positif
- 4.2. Sur la rémunération
- 4.3. Quel avenir pour la ROSP ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE : QUELLE PERCEPTION EN ONT LES MEDECINS GENERALISTES ?

Auteurs : Loïc Coissac, Nicolas Merviel et Antoine Picard

Etude qualitative menée simultanément sur trois départements rattachés à la faculté de médecine d'Angers : Le Maine et Loire, la Mayenne et la Sarthe.

Entretiens semi-directifs réalisés par chaque co-auteur sur un département attribué de manière arbitraire.

Loïc Coissac était en charge des entretiens réalisés sur le Maine et Loire, Nicolas Merviel sur la Sarthe et Antoine Picard sur la Mayenne.

Nombre d'entretiens réalisés par auteur : 20

Retranscription et codage réalisés par chaque co-auteur sur les entretiens réalisés.

Double codage, analyse et rédaction réalisés par l'ensemble des co-auteurs.

Rapport-Gratuit.com

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ARA-2	Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II / Sartans
ARS	Agence Régionale de Santé
ATD Quart Monde	Agir Tous pour la Dignité Quart Monde (association)
BMC	BioMed Central (revue)
BNC	Bénéfice Net Commercial
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
BVA	Brulé Ville et Associé (institut de sondage)
C	Consultation (cotation)
CAHPS	Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems
CAP	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique
CCSS	Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-c	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE	Conseil National des Généralistes Enseignants
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COMPAQH	Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (projet)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français (syndicat)
DAM	Délégué de l'Assurance Maladie
DDGOS	Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins
DGTPE	Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FMF	Fédération des Médecins de France (syndicat)
GPAQ	General Practice Assessment Questionnaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HBA1C	Hémoglobine Glyquée
HDL	High Density Lipoprotein

IEC	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IPQ	Improving Practices Questionnaires
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISD Scotland	Information Services Division Scotland
JAMA	Journal of the American Medical Association (revue)
LDL	Low Density Lipoprotein
MG France	Fédération française des médecins généralistes (syndicat)
MGE	Majoration Généraliste Enfants (cotation)
MMG	Majoration Médecin Généraliste (cotation)
MNO	Majoration Nourrissons (cotation)
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NEJM	The New England Journal of Medicine (revue)
NHS	National Health Service
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement économiques
P4P	Paiement For Performance (paiement à la performance)
QOF	Quality and Outcomes Framework
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SML	Syndicat des Médecins Libéraux (syndicat)
UE	Union Européenne
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

RESUME

Introduction

Depuis le début des années 2000, les politiques de santé de certains membres de l'OCDE ont introduit un nouveau mode de rémunération des médecins généralistes : le paiement à la performance.

En France ce dispositif a d'abord pris le nom en 2008 de CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) puis en 2011, de ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Mais quel ressenti ont les médecins généralistes vis-à-vis de ce dispositif ?

Si les causes de refus sont désormais bien identifiées par la littérature, les motifs d'adhésion sont peu connus.

Sujets et Méthodes

Cette étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-directifs a été réalisée entre Janvier et Août 2016 sur un échantillon de 60 médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe tirés au sort.

Résultats

Les motifs de refus sont comparables aux motifs déjà évoqués dans les travaux précédents. Concernant les motifs d'adhésion, bien que l'amélioration de la prise en charge médicale tant promue par les Caisses d'Assurance Maladie soit régulièrement citée, c'est davantage l'aspect financier qui prime. Les médecins voient dans cette mesure une manière d'augmenter leurs revenus et de compenser l'augmentation du travail annexe à la consultation.

Qu'ils adhèrent ou non, tous pointent du doigt les limites d'un tel système qui ne semble pas correspondre au modèle idéal souhaité par les politiques de santé.

Les différentes études réalisées dans les autres pays membres de l'OCDE ayant mis en place un système de paiement à la performance montrent un intérêt jugé « modeste » sur l'amélioration des pratiques médicales et sur les économies de santé.

Conclusion

Au vu des données de la littérature et des conclusions de notre travail de thèse, nous pouvons nous poser la question de l'impact réel des mesures incitatives sur les prises en charge médicales et les économies de santé.

Du côté du médecin, ces mesures sont accueillies comme une revalorisation bienvenue mais ne répondent pas totalement aux problèmes de rémunération et d'amélioration de la pratique en médecine générale.

INTRODUCTION

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été introduite en 2011 dans le cadre de la Convention Médicale (1).

Cette dernière, signée pour 5 ans par l'Assurance Maladie et les quatre principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France, FMF), engendre une évolution du mode de rémunération des médecins généralistes libéraux en généralisant une part de rémunération à la capitation dans leurs revenus. Cette nouvelle rémunération s'ajoute aux deux modalités de rémunérations déjà existantes : le paiement à l'acte et les rémunérations forfaitaires. Il s'agit en fait d'une évolution du précédent système, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), en place depuis 2008 chez certains praticiens volontaires.

Depuis plusieurs années, on note une volonté de la part des politiques de santé publique de modifier le système de rémunération des médecins libéraux en France, traditionnellement rémunérés à l'acte, vers un système de capitation, et de renforcer la part des forfaits, comme dans nombre de pays de l'OCDE depuis le début des années 2000 (2)(3)(4)(5). C'est dans cette idée que les forfaits, apparus en 1997, ont été majorés en 2004, puis que le CAPI est né en 2008.

Ce contrat, signé par les médecins libéraux volontaires, apportait un complément de rémunération versé par l'Assurance Maladie aux médecins remplissant un certain nombre d'objectifs de santé. Ces objectifs visaient à améliorer la qualité de prise en charge des patients à travers la prévention et le suivi des pathologies chroniques, ainsi qu'à réduire les coûts liés à la santé, notamment grâce à des prescriptions plus économes et une prévention des complications lourdes et donc coûteuses (6).

Malgré un avis défavorable du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui pointait du doigt un système contraire à la déontologie médicale et à l'égalité entre médecins, ce système a été maintenu (7).

Suite à l'adhésion d'un grand nombre de médecins au CAPI (un tiers des 42600 médecins éligibles en Novembre 2009) (2), des discussions entre les syndicats et l'Assurance Maladie ont été entreprises afin de généraliser ce dispositif à l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant en secteur 1, en l'inscrivant dans la convention de 2011, sans qu'aucune mesure coercitive ne soit prévue à l'encontre des médecins la refusant (1).

Le refus devait être exprimé par le biais d'un courrier recommandé avec accusé de réception à la CPAM du lieu d'exercice dans les 3 mois suivant la parution au Journal Officiel (ou dans les 3 mois suivant

l'installation). Une fois accepté, il n'est plus possible de sortir du dispositif. Dans les faits, 97 % des généralistes ont adhéré à ce système, sans qu'il ne puisse être démontré qu'il s'agisse d'une adhésion volontaire et motivée, ou d'une adhésion passive en raison d'un manque d'information.

Ainsi est née la ROSP, qui reprend et complète les indicateurs du CAPI, pour en totaliser 29 répartis en deux blocs : organisation du cabinet d'une part, qualité de la pratique médicale d'autre part.

Les résultats de ces indicateurs sont pour partie récupérés par les Caisses d'Assurance Maladie (19 sur 29), et pour partie déclarés annuellement par le médecin (10 sur 29).

Chaque indicateur est pondéré en fonction de la taille de la patientèle pour tenir compte de l'activité du médecin. Pour les médecins qui s'installent pour la première fois en cabinet libéral, des dispositions particulières existent durant les trois premières années d'installation.

Pour l'année 2014, cette rémunération était en moyenne de 5935 euros (8) soit 7,9% de leur BNC (75224 euros en 2014) (9).

La part de rémunération liée à ce paiement à la performance a progressé continuellement depuis 2011, pour atteindre une rémunération moyenne annuelle de 6 402 euros par médecin généraliste en 2015 (8). Cela représente une dépense brute de 404 millions d'euros pour l'année 2015, médecins généralistes et médecins à expertise particulière confondus (8).

En 2016, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a présenté un bilan très positif à 4 ans de cette ROSP, soulignant que le taux d'atteinte des objectifs de 14 des 19 indicateurs cliniques de la ROSP n'a cessé de s'améliorer depuis 4 ans chez les médecins généralistes (8)(10)(11)(12).

Ce communiqué de la CPAM, s'appuyant sur un sondage BVA réalisé fin 2015, met en avant le fait qu'une *"majorité significative et croissante [des médecins interrogés] reconnaît désormais à ce dispositif conventionnel un impact réel sur l'évolution de leurs pratiques"*, 91% des médecins généralistes interrogés ayant déclaré avoir fait évoluer leurs pratiques (8).

Sur le plan de la rémunération, ces mesures ont un impact important sur la structure du système de soins en France. Chaque mode de rémunération - salariat, capitation, paiement à l'acte, paiement à la

performance - a un certain nombre d'avantages et d'inconvénients, sans que l'un d'entre eux puisse être considéré comme idéal (13)(14)(15). D'ailleurs, dans nombre de pays, ils coexistent dans des proportions variables (5).

En ce qui concerne l'amélioration des prises en charge, une récente étude du Lancet réalisée en 2016 s'est intéressée à l'éventuelle amélioration de la mortalité par les critères du paiement à la performance au Royaume Uni (P4P), l'un des premiers pays à avoir mis en place un système de paiement à la performance à grande échelle en 2004, et à partir duquel la CNAM a conçu son programme. Cette étude rétrospective s'étend sur les dix années précédant la mise en place du P4P, et se prolongeant six ans plus tard, ne retrouve pas de changement significatif de la mortalité en lien avec les mesures adoptées (16).

En France, le Conseil National des Généralistes Enseignants se montre également prudent en 2015 quant au développement du système de paiement à la performance en France, se basant aussi sur l'expérience anglo-saxonne (17).

Enfin, la nouvelle Convention Médicale signée le 24 août 2016 par trois syndicats de médecins généralistes sur cinq (FMF, MG France et Le Bloc) pose les perspectives de l'évolution de la RO SP. Elle modifie sa proportion dans la rémunération globale des médecins généralistes (maximum de 7000 euros contre 9100 euros pour la précédente convention, sur la base d'une patientèle de 800 patients) et ses modalités d'application : diminution de la part déclarative, rehaussement des seuils d'atteinte de certains objectifs, suppression des critères d'organisation du cabinet... (18)

Depuis plusieurs années, des études paraissent régulièrement, sous forme d'article ou dans le cadre de travaux de thèse, afin d'étudier les conséquences de l'avènement du paiement à la performance dans le système de rémunération des médecins français.

Plusieurs études ont exploré ces transformations à travers le spectre du refus, du CAPI dans un premier temps (19), puis de la RO SP (20). Les principales raisons évoquées étaient l'atteinte aux libertés historiques du médecin libéral telles qu'énoncées dans la charte de la médecine libérale de 1927 (13)(21), mais aussi l'ingérence grandissante de l'Assurance Maladie, l'impact éthique et déontologique sur la pratique avec un risque de sélection des patients "rentables", le bénéfice économique discutable, la remise en question du bien-fondé des indicateurs, ou encore la complexité du calcul des objectifs et de la rémunération.

Toutes ces études ne s'intéressaient qu'aux raisons du refus, sans interroger une éventuelle adhésion, même si une étude qualitative (22) et une étude quantitative (23), réalisées sur la façon dont les médecins généralistes libéraux ont intégré la ROSP à leur pratique, nous laissent apercevoir quelques-uns des motifs d'adhésion.

La lecture de ces travaux et notre position de praticiens en devenir nous donnent une image nuancée : d'une part l'adhésion à ce dispositif ne paraît pas ancrée dans l'esprit d'une majorité de médecins, d'autre part on note une méconnaissance par le corps médical du système de paiement à la performance et des raisons de sa mise en place.

A travers ce projet de thèse, nous avons souhaité recueillir le ressenti des médecins généralistes vis à vis de l'impact réel de la ROSP sur leurs pratiques, de son efficience, et enfin de connaître leurs attentes en ce qui concerne la rémunération.

Nous avons donc comparé le contenu de nos entretiens aux conclusions de l'Assurance Maladie et aux données de la littérature dans le but de répondre à la question suivante :

Quelles sont les raisons de l'adhésion ou du refus de la ROSP par les médecins généralistes, et la perçoivent-ils comme une réponse adéquate aux problématiques de rémunération et à l'amélioration des pratiques ?

Nous présenterons d'abord le point de vue des médecins généralistes sur la ROSP, les motifs de leur adhésion ou de leur rejet, et leurs aspirations quant à l'évolution du système de santé au travers de la question de la rémunération.

Dans un deuxième temps, nous mettrons en perspective ces réponses avec les données actuelles de la littérature sur le paiement à la performance en France et à l'étranger, afin de comprendre la motivation des pouvoirs publics à prolonger ce dispositif.

MATERIEL ET METHODE

Choix de la méthode :

Nous avons choisi la méthode qualitative. Ce choix a été motivé par l'objectif de recueillir les sentiments et les opinions inspirés aux médecins généralistes par la ROSP, pour comprendre les motivations et les freins à l'intégration de ce dispositif dans leur pratique.

La population :

Pour cette étude, nous avons procédé à un recrutement de médecins généralistes exerçant en Sarthe, Mayenne et Maine et Loire et dont les coordonnées figurent dans l'annuaire des « Pages jaunes » à la recherche « médecin généraliste » accompagnée du département. Les médecins non référencés sur cet annuaire n'ont pas été inclus.

Sélection des médecins :

Au 4 novembre 2015, date de l'élaboration de cette sélection, 843 médecins étaient référencés en Maine et Loire, 227 en Mayenne et 437 en Sarthe.

A chaque médecin était attribué le numéro sous lequel il apparaît dans cet annuaire et une procédure de randomisation via l'outil « Dcode » a été effectuée. (<http://www.dcode.fr>)

Chaque investigateur recevait donc une liste de numéros s'affichant dans un ordre déterminé de manière aléatoire, et procédait à des entretiens téléphoniques.

Réalisation des entretiens :

Soixante entretiens ont été réalisés, répartis à parts égales entre les trois départements. Ce nombre a été déterminé de manière arbitraire afin de s'assurer de la saturation théorique des données.

Chaque investigateur se voyait attribué un département et devait donc réaliser vingt entretiens.

Le recueil des données a été effectué entre décembre 2015 et juin 2016, soit en amont des discussions de la dernière Convention Médicale qui ont été ouvertes en juillet 2016. Les médecins ont été informés du but de notre travail, soit par téléphone lors de la prise de contact, soit par mail après échange avec leur secrétariat. Les médecins acceptant de répondre à nos questions étaient interrogés soit au cours du premier appel, soit ultérieurement lors d'un rendez-vous téléphonique convenu avec eux. Chaque médecin n'ayant pas répondu à

nos sollicitations à plusieurs reprises ou ayant clairement exprimé un refus de répondre à cette étude, était considéré comme « non répondant » afin de limiter les biais de sélection.

Les entretiens téléphoniques ont été enregistrés après accord du médecin via le logiciel « ACR Call Recorder ».

Le guide d'entretien :

Nous avons opté pour la réalisation d'une étude sous forme d'entretiens téléphoniques. Ce choix a été motivé par la volonté d'un recrutement large, qui n'était pas compatible avec la réalisation d'entretiens directs pour des raisons logistiques, ainsi que pour les qualités reconnues de ce mode d'entretien : centrage sur l'écoute, libération de la parole et spontanéité des échanges, gestion du temps, affranchissement d'un biais de sélection. De plus, l'absence de support visuel ne rendait pas indispensable la réalisation de l'entretien en face-à-face.

Enfin, le choix de réaliser des entretiens semble le plus évident dès lors que l'on cherche à analyser le ressenti des médecins sur la manière dont ils ont pu intégrer la ROSP dans leur exercice au quotidien.

Au vu des précédents travaux, la ROSP soulève des interrogations ; Contrairement aux questionnaires, la réalisation d'entretiens permet de recueillir des points de vue singuliers qui s'articulent entre eux pour constituer des éléments de réponse.

L'élaboration de la conduite d'entretien a été réalisée en reprenant des thèmes déjà observés dans des travaux antérieurs, comme l'avis sur le système de paiement à la performance, l'impact sur la relation médecin malade ou l'influence sur la pratique médicale (4)(20)(22).

En préambule de ces entretiens, nous avons réalisé un recueil de caractéristiques des médecins : modalités d'exercice, sexe, âge, taille de la patientèle, et date d'adhésion à la ROSP. Les entretiens ont été menés de façon semi-directive afin de s'assurer de la concordance entre les réponses et le thème exploré. Ces entretiens étaient réalisés selon une grille de 7 questions :

La première question, ouverte, recueille l'avis que les médecins généralistes ont de la ROSP.

La deuxième, ouverte également, explore le degré de connaissance et d'adhésion au système de la ROSP.

La troisième question interroge le médecin sur son souhait de modifier sa pratique et soulève la question de la motivation à opérer ces changements.

Les quatrième, cinquième et sixième questions développent l'impact de ces mesures sur les relations interhumaines (relation médecin-malade, relation médecin-caisses, relations inter médecins).

Enfin, la septième question interroge le médecin sur le système de rémunération qui lui paraîtrait être le plus adapté à l'exercice de la médecine générale.

Une question subsidiaire était posée en fin d'entretien pour connaître la manière dont les médecins participaient à la ROSP, si cela n'avait pas été abordé précédemment.

Chaque question pouvait aboutir à des relances libres ou dirigées.

Retranscription :

Les entretiens ont été retranscrits à l'aide du logiciel Word avant d'être intégrés au logiciel d'analyse NVivo 11.

Chaque entretien se voyait attribué le numéro de son département d'exercice, suivi d'un indicatif de 01 à 20 selon la chronologie des retranscriptions (ex : 49_01 pour le premier entretien réalisé en Maine-et-Loire), dans un but d'anonymisation.

Codage :

La grille de codage a été réalisée de manière abductive : une partie des thèmes reprennent ceux intégrés à la conduite d'entretien (démarche inductive) et d'autres ont été intégrés *a posteriori* en fonction des données recueillies (démarche déductive).

Le codage a été effectué de manière multinominale mais préférentiellement uni ou binominale.

Chaque entretien a bénéficié d'un double codage afin de limiter les biais d'interprétation. Ce travail et son analyse ont été réalisés à l'aide du logiciel NVivo 11 (version starter).

Questionnaire de thèse sur les rémunérations sur objectifs de santé publique – entretiens téléphoniques anonymisés.

(En gras, les questions systématiques ; en italique, les éventuelles questions de relance)

Caractéristiques du médecin interrogé (recueil préalable à l'entretien lors de la prise de RDV téléphonique):

- **Lieu d'exercice** (*Rural / Urbain*)
- **Mode d'exercice** (*Individuel / Groupe / MSP / Libéral exclusif / activité mixte*)
- **Taille de patientèle** (*Nombre de consultations quotidiennes rapporté au nombre de jours travaillés.*)
- **Nombre d'années de participation aux ROSP ou refus et raison de ce refus ?** (*Depuis le début / Plus tard / Jamais*)
- **Age**

1- Que pensez-vous de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique ?

Pour quelles raisons pensez-vous qu'elle a été mise en place ?

2- Que pensez-vous des critères de la ROSP?

Pour les critères cités par le médecin : D'un point de vue de la pertinence clinique ? en termes d'économie de santé ?

Si aucun critère cité : Quels critères de la ROSP vous viennent à l'esprit?

D'autres critères vous paraîtraient-ils plus pertinents ou utiles?

3- Concernant les critères sur lesquels vous avez une marge de progression importante, avez-vous envie de modifier votre pratique?

Cela vous semble-t-il possible? Avez-vous déjà mis des choses en place pour y parvenir? Quelles sont vos motivations à faire ces changements ?

4- Pensez-vous que la ROSP ait modifié votre relation avec vos patients ?

En quoi?

5- Pensez-vous que la ROSP ait modifié votre relation avec la CPAM ?

En quoi?

6- Vous arrive-t-il de discuter de la ROSP avec vos confrères ?

Sur quoi porte la discussion ? (l'organisation ? Le contenu ? La rémunération ?)

7- Enfin, selon vous, quel serait le mode de rémunération le plus adapté ?

Si non abordé dans l'entretien: Comment participez-vous à la ROSP : entrez-vous les données vous-même? Est-ce votre logiciel qui le fait? Laissez-vous juste celles qui sont "pré-rentrées" sur l'espace pro?

RÉSULTATS

1. Démographie de l'échantillon

Soixante médecins ont été interrogés pour cette étude, répartis à parts égales entre les trois départements rattachés à la faculté de médecine d'Angers : Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Le sex-ratio était de 2 : 40 hommes pour 20 femmes.

Les médecins interrogés étaient âgés en moyenne de 52,4 ans, avec des âges s'étalant de 33 à 68 ans.

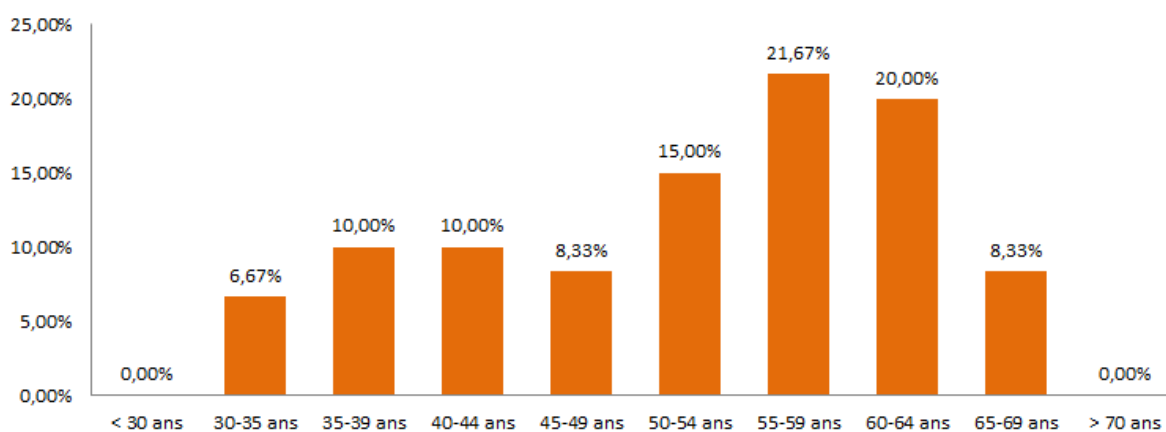


Figure 1 : Répartition des médecins de l'échantillon par tranches d'âges

Parmi eux, 49 (81,67%) avaient commencé à participer à la ROSP en 2012, 1 (1,67%) en 2013, 5 (8,33%) en 2014, 3 (5,00%) en 2015, et 2 (3,33%) étaient dans leur première année de participation.

Selon leurs déclarations, ils étaient 26 à exercer en zone rurale, 17 en zone semi-urbaine, et 17 en zone urbaine.

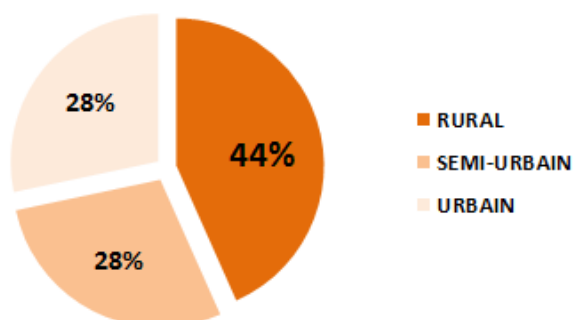


Figure 2 : Répartition des médecins de l'échantillon par lieu d'exercice

Concernant leur mode d'exercice, ils étaient 6 à déclarer travailler en Maison de Santé Pluriprofessionnelle, 17 en cabinet individuel et 37 en cabinet de groupe. Parmi ces derniers, ils étaient 3 à avoir une activité complémentaire : 2 travaillaient également dans un hôpital local, et 1 était médecin coordonnateur d'une maison de retraite.

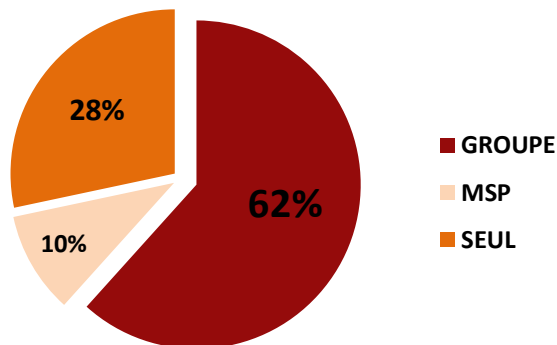


Figure 3 : Répartition des médecins de l'échantillon par mode d'exercice

Les médecins interrogés déclaraient réaliser en moyenne 137,25 consultations hebdomadaires, avec la répartition suivante :

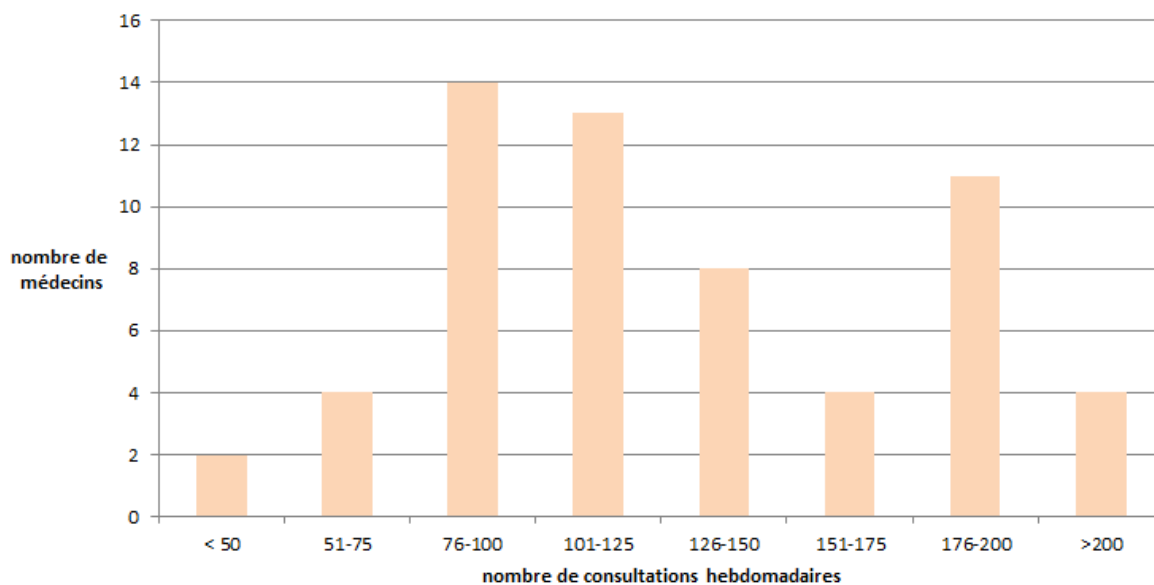


Figure 4 : Répartition des médecins de l'échantillon selon le nombre déclaré de consultations hebdomadaires

2. Analyse qualitative des entretiens

Les entretiens avaient une durée s'étalant de 06min06sec à 27min43sec, pour une moyenne de 16min02sec. La saturation des données a été obtenue au 52^{ème} entretien, mais nous avons poursuivi l'analyse des données jusqu'au 60^{ème}.

2.1. Raisons ressenties de la mise en place de la ROSP

2.1.1. Compenser la stagnation du tarif de la consultation et répondre aux demandes de revalorisation

L'une des principales raisons ressenties de la mise en place de la ROSP est la volonté de répondre aux demandes de revalorisation financière de l'acte pour compenser la stagnation du C : *"Donc, me rémunérer pour ça, je trouve que c'est plus un prétexte pour pallier au manque de rémunération supplémentaire par nos consultations"* (49_01); *"Il n'y a pas eu d'augmentation de la consultation, mais ça été compensé par justement d'autres moyens de rémunération, et notamment le ROSP."* (53_11)

Cette revalorisation est perçue comme un compromis négocié par les syndicats *"Les syndicats eux, sont bien obligés de trouver une façon de nous faire gagner des sous puisqu'on nous bloque la valeur de la consultation."* (72_13), de telle sorte que l'augmentation des revenus des médecins ne soit pas remise en question par la population générale : *"ils ne voulaient pas augmenter le C. Alors on nous a jeté ce truc. Pour nous donner des sous, sans que ce soit un scandale du point de vue de l'opinion publique."* (49_15)

2.1.2. Contrôler les pratiques

Pour certains médecins interrogés, c'est surtout un moyen de contrôler les prescriptions pour homogénéiser les pratiques : *"On sent qu'elle [ndlr : l'Assurance Maladie] essaie d'influencer sur ma pratique. Il y a quelque part une certaine volonté de la sécu d'homogénéiser donc je pense que s'ils le font, c'est qu'il y a un impact sur les médecins."* (49_10) ; *"A mon avis, on était dans une impasse. Il y avait quelques médecins qui faisaient n'importe quoi. Du coup, ça permet de recadrer un peu ces médecins-là, mais pour une fois pas par la punition, plutôt en encourageant les autres."* (49_19)

2.1.3. Evoluer vers une autre forme de rémunération

C'est aussi un moyen, d'après les médecins interrogés, de glisser vers le salariat *"Pourquoi ça a été mis en place ? Je pense que c'est peut-être une façon un peu déguisée d'aller progressivement vers une espèce de salariat ou de tutorat des médecins généralistes. Nous habituer à une certaine façon de travailler."* (49_02), en diminuant la part du paiement à l'acte dans le rémunération globale : *"Parce que je pense que c'est une raison de moins rémunérer à l'acte... enfin ça on le sait. Je pense qu'on a déjà dû vous dire la même chose."* (72_10)

Cette mesure est également perçue comme une rémunération des actes non médicaux du médecin généraliste : *"Il y a des choses qui sont faites de façon implicite, il y a des contacts avec les infirmiers, les pharmaciens, enfin surtout les infirmiers, sur des problèmes avec des patients, qui jusqu'ici n'étaient pas pris en charge, c'était à nous de nous débrouiller, de prendre sur notre temps. Il y a des papiers aussi ! Et disons que la rémunération forfaitaire, elle vient un peu combler ce manque qui n'est pas pris en charge par le paiement à l'acte."* (53_13)

2.1.4. Faire des économies de santé

Pour beaucoup, c'est avant tout l'aspect économique qui prime : *"C'est un jeu de pouvoir, donc un jeu de pouvoir c'est : plus tu mets des contrôles, des objectifs, plus tu espères contrôler ton flux monétaire."* (72_09) en diminuant les prescriptions inutiles et/ou coûteuses : *"Heu... je pense que c'est un objectif purement comptable, de la part de l'organisme payeur, puisqu'ils ont un certain nombre de choses. Par exemple des prescriptions inappropriées de certaines molécules comme les vasodilatateurs"* (49_04) ; *"Donc il y a des objectifs comptables évidents, parce que si vous prescrivez un Sartan à la place d'un IEC c'est beaucoup plus cher, donc si vous incitez le médecin à prescrire un IEC à la place du Sartan, bah évidemment il y a un bénéfice financier pour la Sécu."* (49_04)

C'est aussi un moyen de prévenir les complications lourdes : *"Après ça a un coût important quand même. Au final, on gagne de l'argent puisque moins de personnes vont faire des infarctus, des trucs comme ça, mais bon je sais pas trop..."* (72_08)

Enfin, le financement de cette mesure se fait selon un modèle redistributif : *"ils ont réfléchi à un truc qui pouvait plaire aux caisses. Qui pouvait leur faire économiser des sous. Et puis ces sous économisés on nous les donne à nous"* (49_12)

2.1.5. Faire évoluer les pratiques médicales

Nombre de médecins suggèrent que la raison de la mise en place de la ROSP est la volonté d'influencer la pratique en suivant davantage les préconisations des autorités de santé : *"Je ne sais pas trop, sûrement pour améliorer la façon de travailler. Il y a pas mal de médecins qui travaillaient un peu à l'abattage avant. Ça joue sur ça, ça pousse à être plus « recommandations ». Avant sur le diabète, par exemple, je pense que chacun faisait à sa sauce, là au moins ça encourage à être proche de ce qui est recommandé."* (49_16), en favorisant les actes de prévention : *"Pour pousser à la prévention, sensibiliser les médecins au dépistage"*. (53_07)

2.1.6. Raisons politiques ou administratives

Enfin, certains y voient une mesure d'inspiration politico-administrative : *"Parce qu'il existe des croyances chez nos dirigeants qui pensent qu'on peut normer la médecine générale et qui croient que ça se fait d'une façon mathématique"* (72_13) ;

"Bah c'est une évolution de la médecine dans une visée politique, enfin c'est ce que je pense." (72_17)

2.2. Adhésion à la ROSP

2.2.1. Adhésion au principe de paiement à la performance

Certains médecins sont sensibles au principe de valorisation financière des efforts consentis : *"Ceci étant, globalement je suis plutôt favorable à une amélioration de la qualité de soins et à une rémunération des médecins qui s'impliquent dans la qualité des soins."* (49_04) quand d'autres y voient un outil de comparaison avec leurs confrères : *"Oui, parce que je pense que la ROSP, c'est profitable pour les médecins, ne serait-ce que pour les recommandations et les objectifs par rapport aux autres médecins."* (72_07)

2.2.2. Adhésion à un ou des critères

Certains critères médicaux jugés pertinents facilitent l'adhésion : *"Bon, si je reprends les critères du diabète, il est évident que dans le suivi des diabétiques, par rapport à l'hémoglobine glyquée, effectivement on resserre les boulons. Il y a quand même une implication pratique et des conséquences à la démarche. C'est évident."* (49_06) ;

"Et puis après il y a d'autres objectifs qui sont peut-être plus justifiables : diminuer la prescription de benzodiazépines, ça n'est pas une mauvaise idée." (49_04)

L'incitation à la modernisation est également appréciée : *"On sent que ça reconnaît ou que ça valorise cette modernisation du cabinet donc c'est bien, une aide à la modernisation et à l'informatisation."* (49_10).

2.2.3. Attrait financier de la ROSP

Pour un grand nombre de médecins, cette adhésion passe par l'aspect financier : *"Et puis au final, quand on a commencé à recevoir des sous... [rires] Ils auraient dû commencer par les sous en fait. [rires] C'est plus simple de faire accepter le changement quand vous présentez un chèque ! "* (49_19)

"Moi à la base, on ne va pas le cacher, c'est une rémunération ! Vu le prix de l'acte au jour d'aujourd'hui, faut pas se voiler la face ! Ce serait quand même pas très franc de dire qu'on n'est pas intéressé quand même ! Parce que malgré tout c'est pas tout à fait négligeable, la somme que ça représente" (53_12)

2.2.4. Proposition de nouveau(x) critère(s)

Les médecins favorables à cette mesure proposent même de nouveaux critères, comme pour la vaccination : *"Mais, est-ce qu'il n'y a pas des choses plus intéressantes ? Par exemple en pédiatrie, il n'y a pas de ROSP mises en place, puisque faire vacciner tous les enfants de la même manière, ça pourrait être aussi un critère de ROSP. Ce que je veux dire, c'est qu'il y a peut-être d'autres items qui auraient pu être intéressants."* (49_01), le suivi de maladies chroniques : *"Et puis également toutes les pathologies qui coûtent relativement cher à la Caisse comme les insuffisances respiratoires : les BPCO, les asthmes au long cours, etc. A mon avis il y aurait des choses intéressantes là-dedans"* (53_08), ou le suivi psychologique : *"Par exemple pour la prise en charge psy, le fait de s'occuper des gens, de les suivre, ça rentre pas du tout dans les critères. Je pense à toute les thérapies qu'on fait sans prescription médicamenteuse, je pense que ça, ce serait bénéfique en terme d'économie de santé puisqu'on prescrit pas d'antidépresseur ect... C'est pas tellement reconnu, ça, finalement."* (53_08)

L'optimisation de la prescription d'examen complémentaires est également proposée : *"la radiologie [ndlr : la prescription d'examen radiologiques] qui peut coûter très très cher et donc je considère que si le médecin a un bon sens clinique, qu'il fait mieux son travail et qu'il ne demande pas de radio, c'est mieux que si il en demande au moindre problème"* (72_11).

2.3. Les raisons du rejet actif ou passif de la ROSP

2.3.1. Désintérêt-indifférence

2.3.1.1 Absence d'avis

Une partie des médecins interrogés reconnaît que cette mesure ne suscite pas de réflexion personnelle: *"De manière générale, je n'ai aucune idée, ça fait partie de la convention."* (72_15), ni d'échange avec leurs confrères *"Vaguement sur le contenu des critères, mais c'est vrai qu'on a pas trop de discussion sur la ROSP avec les collègues. C'est resté très évasif, les rares fois où on en a parlé."* (53_01)

2.3.1.2 Inexpérience du médecin

L'intérêt porté par les médecins les plus jeunes est souvent limité par leur manque de recul : *"Après j'ai pas beaucoup d'expérience, la ROSP, c'est la première année que je la touche, il paraît que les autres années ça représentera plus."* (49_16)

2.3.1.3 Manque d'intérêt financier

Pour d'autres, c'est l'intérêt financier de la ROSP qui est jugé dérisoire, ne représentant qu'une part minime des revenus : *"Quand on regarde les ROSP et qu'on divise par douze, ça n'augmente pas tellement non plus le chiffre d'affaires. Dans l'absolu, ça paraît parfois une grosse somme - enfin moi je n'ai pas forcément la totalité -, mais du coup quand on divise par douze et qu'on enlève les charges [sourir], c'est pas ça qui va me faire élever mon niveau de vie ou changer ma façon de vivre ! Ça c'est clair ! [rires]"* (49_02)

Ce sentiment est d'autant plus fort chez les médecins ayant une petite patientèle *"Et puis le deuxième point, c'est que quand comme moi on a une activité avec une petite patientèle, puisque moi j'ai commencé avec une collaboration, ben du coup effectivement - alors, je n'ai pas les chiffres en tête - la rémunération n'est pas conséquente."* (49_05)

2.3.1.4 Non choix de la ROSP

Bien qu'ils ne l'aient pas refusé : *"Déjà au départ, je n'étais pas trop favorable, mais on ne nous pas demandé notre avis ! Il fallait signer quelque chose pour ne pas faire partie de ce système-là"* (53_15), certains médecins perçoivent la ROSP comme un "non-choix" : *"Ben en fait, ils nous l'ont imposé dans le cadre de la convention. Il me semble... À vrai dire, on n'a pas vraiment eu le choix, on est bien obligé de le faire."* (49_07)

2.3.1.5 Participation passive à la ROSP

Ce manque d'intérêt induit une participation passive : *"Moi je ne m'en préoccupe pas, je laisse les données pré-remplies par la dame de la Caisse. Je la laisse venir, on discute, elle me montre mon profil, je réponds aux questions mais je ne suis pas active dans ma participation à la ROSP."* (72_17)

2.3.1.6 Préférence pour la formation médicale

Les médecins peu réceptifs à la ROSP privilégient alors une autre façon d'améliorer leurs pratiques : *"Par exemple, avant l'instauration de la ROSP, je prescrivais des génériques de façon très très importante, des antibiotiques de façon peu importante, mais ce n'est pas du tout la ROSP qui a fait ça, c'est plutôt la lecture de revues, c'est plutôt la formation médicale continue, voilà !"* (49_04) ;

"Alors de façon systématique aussi, moi je suis lecteur Prescrire, je fais les tests de lecture Prescrire et je me fie avant tout sur les recommandations Prescrire donc les changements de comportement que je fais en étant lecteur de Prescrire quelque part correspondent un peu à ce qu'ils attendent de moi" (49_10)

2.3.2. Problématique du recueil de données

2.3.2.1 Manque de fiabilité

Le recueil des données sur lesquelles se base cette rémunération est jugé inadapté par une majorité de médecins, notamment sur l'aspect déclaratif : *"Et puis la chose claire aussi, c'est le fait que ce soit à nous de déclarer, c'est complètement improbable ! [rires]"* (49_03), et trop imprécis : *"Au début je savais pas trop comment on devait faire, au final j'ai demandé à la sécu comment faire, et je fais comme ils m'ont dit. Je prends quelques patients, je fais des moyennes, et je leur donne ça. C'est pas très précis comme système."* (49_18)

L'absence de contrôle par la caisse est également pointée du doigt : *"Mais au fond s'il fallait être beaucoup, beaucoup, beaucoup plus strict, si la Sécu demandait des chiffres réels, ça serait déjà plus ennuyeux!"* (53_12).

Cela rend difficile l'obtention de vraies statistiques : *"Mais bon, ce n'est pas facile facile, parce que des fois, il y a des statistiques donc c'est à nous de juger, c'est au pif. Du style : pour savoir combien y en a qui sont au-dessus de 7,5 %, ça ferait un boulot dingue. C'est un peu au pifomètre"* (49_09). Les statistiques obtenues sont souvent discordantes avec les données fournies par les caisses : *"Je vois que par exemple les diabétiques, les hypertendus, j'en ai 55-60% de bons alors que je pense que en réalité c'est plus que ça."* (72_07)

La vérification de ces données leur paraît difficile : *"De manière générale... Le problème c'est qu'il y a tellement de biais au niveau des mesures faites par les Caisses"* (53_04).

2.3.2.2 Cautionnement par le délégué de la CPAM

Ces biais de recueils sont, de l'aveu même de quelques médecins, cautionnés par les Caisses : *"Bon après je vais le dire, tant pis, mais l'autre jour, une personne de la CPAM est venue et m'a demandé d'augmenter mon chiffre pour les patients qui ont de l'hypertension, pour augmenter mon nombre de points"* (72_06)

2.3.2.3 Outils inadaptés

Les limites du recueil des données sur la partie déclarative viennent également d'une utilisation non optimale du logiciel médical : *"C'est à dire que pour avoir des données extraites du logiciel, il faut avoir une rigueur de saisie des données dans le dossier médical... donc c'est un faux problème, cette histoire de logiciel qui fait tout tout seul"* (53_04).

Ces problèmes sont dus soit à un manque de connaissance informatique : *"il y a quelque chose que je peux dire sur la ROSP. Heureusement que j'ai des collègues qui peuvent m'aider avec notre logiciel à trouver les informations qui facilitent le recueil des données des critères de la ROSP"* (72_01), soit au caractère inadapté du logiciel : *"Par ailleurs, les logiciels médicaux ne sont pas adaptés pour faire de véritable études"* (72-02).

Pour d'autres, c'est l'absence d'informatisation qui complique ce recueil : *"L'intérêt quand vous n'êtes pas informatisé, il est limité, vous ne vous rendez pas vraiment compte de comment vous faites les choses. Ceux qui sont informatisés voient : je suppose qu'il y a des tableaux, de manière à voir le suivi des patients qu'ils ont, quoi"* (53_15)

2.3.2.4 Méconnaissance du système de recueil

Certains semblent méconnaître le système de recueil des données : *"Et je m'attendais à avoir mille euros ou un truc comme ça, et j'ai été payée deux mille et quelques... Donc je pense que l'Assurance Maladie, ils avaient quand même des données."* (53_02)

2.3.3. Rejet des critères

2.3.3.1 Rejet des critères administratifs

L'une des causes du rejet est la présence de critères non médicaux : *"Il y a toute une partie administrative qui est bidon je trouve, ça devrait être à mon avis beaucoup plus médicalisé, centré sur des pathologies particulières comme ça l'est pour le diabète"* (53_08) ;

"Bon, bah alors, tout ce qui est critères de gestion d'un cabinet, informatisation, télétransmission, d'accord, mais enfin on était déjà tous à peu près dans les critères" (53_18)

2.3.3.2 Critères non adaptés à la réalité de la pratique médicale

Concernant les critères médicaux, quantité de médecins notent qu'ils ne couvrent qu'une partie de leur champ de compétences : *"Les critères sont vraiment très restreints, c'est pas représentatif de notre activité de médecins généralistes. C'est vraiment ciblé sur quelques objectifs, voilà mon avis."* (49_08)

Ils sont perçus comme trop théoriques : *"C'est de la théorie très intéressante, qu'il faut avoir comme objectif d'idéal mais après il y a la réalité de la vie. Comme dans les bouquins de médecine"* (72_01) , avec une pertinence discutable : *"Mais bon d'un côté les tensions, ils nous donnent un tensiomètre pour les faire contrôler à la maison, mais après ils veulent qu'on note celle qu'on a au cabinet. C'est pas logique"* (49_18)

2.3.3.3 Remise en cause du bien-fondé scientifique des critères

La validité de certains critères de la ROSP est très souvent remise en cause, notamment pour le suivi des pathologies chroniques : *"Sur le diabète par exemple, ça confond tous les diabétiques avec des seuils qui normalement, d'après la Haute Autorité de Santé, sont différents d'un âge à un autre. Donc ça n'a pas beaucoup d'intérêt"* (53_14) ;

"Prenez le fait de mettre du Kardégic chez un diabétique à haut risque cardiovasculaire, il n'y a pas de preuve scientifique comme quoi ça baisse la morbidité. Et pourtant c'est dans les objectifs." (53_17)

Ce constat s'applique également aux critères de dépistage *"Par exemple, le cancer du sein. Les femmes font des mammographies : est-ce que les mammographies ont prouvé une baisse de la mortalité ? Par exemple, hein !"* (53_17)

Les médecins reprochent également un manque d'évolutivité des indicateurs : *"c'était intéressant, mais le problème c'est qu'il faudrait que ça suive les modifications des recommandations. Parce que pour le diabète ça a changé depuis que ça a été mis en place; les critères retenus sont restés les mêmes alors que les recommandations nationales ne sont plus les mêmes."* (53_13).

C'est pour cette raison qu'ils privilégient les dernières recommandations des sociétés savantes : *"Dans la ROSP, on demande pour les diabétiques, un LDL supérieur à 1,3 alors que dans les recommandations HAS, c'est 1 voire 0,7. Donc j'essaye de dépasser les recommandations de la ROSP"* (72_01)

2.3.4. Rejet du concept de paiement à la performance

2.3.4.1 Infantilisation

La ROSP est un outil souvent perçu comme étant trop scolaire : *"Quand la petite dame (ndlr: de la Sécu) vient me voir, j'ai l'impression d'être dans la cour de l'école [rires] : « Mr [...], vous avez mal fait ci, vous avez mal fait ça... Pour la prochaine fois, il faut que vos voyants soient mieux, sinon on va vous taper sur les doigts... ». Enfin vous voyez ce que je veux dire ? Ça, je trouve ça par contre complètement débile."* (53_09).

Certains médecins se représentent eux-mêmes dans une position de bon ou de mauvais élève face au délégués de l'Assurance Maladie : *"la représentante de la caisse vient, elle m'amène mes chiffres de "bonne conduite", on va appeler ça comme ça"* (72_15); *"C'est un peu la rencontre parent-prof, vous voyez? On baisse la tête, on fait "oui oui", mais au final, on ne change rien"* (49_18)

A l'extrême, quelques médecins ont le sentiment d'être dévalorisés par cette relation aux Caisses : *"je le prends très très mal, la ROSP, mais j'ai peut-être tort. Je le prends un peu comme le su-sucre au gentil chien-chien qui a bien fait son travail ! [rires] Je le vis mal !"* (49_20).

2.3.4.2 Paiement illégitime-culpabilité

Un motif fréquent de rejet est le sentiment d'injustice créé par cette rémunération aux yeux de certains médecins refusant le concept: *"Je pense que moi je fais bien mon travail, que je ne touche pas de ROSP, et que ceux qui ne faisaient pas très bien leur travail se sont mis à toucher une ROSP parce qu'ils ont changé leur façon de faire ; et c'était pas très correct de gratifier les gens qui ne faisaient pas forcément bien leur travail"* (49_20)

La ROSP est d'ailleurs décrite par beaucoup comme un revenu peu justifié : *"De manière générale, je pense qu'on est rémunérés pour quelque chose qu'on devrait faire même sans rémunération."* (53_01)

Plusieurs médecins se sentent en porte-à-faux devant leurs patients: *"Mais ce serait peut-être plus transparent pour le patient (ndlr : de rehausser la valeur de l'acte) car là, ils sont là en train de se dire : « Ouais, il paraît qu'il touche du pognon parce qu'il fait un truc, qu'il met ce médicament-là ou un autre ». Pour certains c'est ça, et pourquoi ne pas être plus transparent, car on n'a pas grand-chose à se reprocher."* (72_12)

Pour quelques médecins, la perception de cette rémunération est source de culpabilité : *"je m'étais empressé avec le syndicat des médecins de groupe, on avait fait un appel en disant "ne touchons pas à cet argent", on avait envoyé cet argent à ATD quart monde"* (72_20)

2.3.4.3 Conception administrative et politique

Le sentiment d'inadéquation entre les raisons de l'instauration de la ROSP et les préoccupations des médecins est prégnant : *"C'est fait par des administratifs, donc du coup ça peut pas coller sur une prise en charge d'êtres humains, quoi..."* (53_02);

"A mon avis, c'est pour remplir des cases, c'est des objectifs faits par des gens qui sont dans des bureaux, qui veulent des indicateurs, des chiffres." (72_02)

2.4. Conséquences de la ROSP

2.4.1. Effets négatifs de la ROSP

Une minorité de médecins s'inquiète du risque de dérives potentielles inhérent au concept de paiement à la performance.

2.4.1.1 Contraintes de prescriptions

Ce risque de dérives concerne d'abord les prescriptions. Les médecins redoutent d'être influencés dans leurs décisions : *"Moi je pense, je pense (il hésite), je pense que c'est l'idée cachée de tout ça, c'est d'augmenter les rémunérations, du coup les médecins seraient obligés de faire ou de prescrire ce qu'on leur dira"* (72_19), de manière consciente ou non : *"A force de se faire entendre qu'il faut donner des statines, des machins...On finit par le faire qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas"* (72_13).

2.4.1.2 Inflationnisme

Beaucoup pointent un risque de surprescription : *"il me semble que quand on vous demande de prescrire des examens supplémentaires, on va pas vraiment dans le sens des économies de santé non ?"* (72_18) avec pour conséquences l'augmentation des scores réalisés et donc la rémunération perçue : *"Et donc, comme effectivement mon taux (ndlr : de dosages d'HbA1c) n'était pas élevé, c'est la sécu par l'intermédiaire des ROSP qui m'a fait la remarque.... Alors je me suis dit : il y a une manière facile de faire monter ma rémunération, c'est d'en faire plus, quoi. Donc effectivement j'ai progressé sur ce plan-là alors que sur le plan médical ça n'a strictement rien apporté ; ceux qui en avaient deux avant, eh bien ils en ont trois ou quatre maintenant, mais voilà, ils ne sont pas mieux suivis pour leur diabète."* (53_06)

2.4.1.3 Sélection de la patientèle

Un autre problème, rarement soulevé, est celui de la sélection de patients dits "rentables" : *"Parce que du coup, qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire que les gens qui ne vont pas rentrer dans les clous, je vais plus vouloir les suivre ?! Donc non je ne suis pas du tout dans cette démarche-là sachant que... même par rapport au serment d'Hippocrate... c'est pas... ça colle pas quoi !"* (53_02) ;

"Oui voilà, soit on accepte la patientèle, soit pour répondre aux critères de la ROSP on enlève tous les emmerdeurs, et comme ça on aura une ROSP qui sera super !" (72_01)

2.4.1.4 Tricherie

Enfin, ceux qui ne souhaitent ou ne peuvent pas modifier leurs pratiques ont parfois recours aux falsifications de leurs données déclaratives par une correction à la marge pour améliorer leur score : *"A partir de là vous savez bien que quand on est au-dessus de quatre-vingt ans, on ne s'énerve pas trop pour avoir des hémoglobines glyquées d'enfer, et du coup on les vire un peu du pourcentage..."* (53_17) et donc augmenter leurs revenus : *"Le risque sinon, c'est qu'à terme, il y ait des médecins qui marquent n'importe quoi dans le dossier pour que le logiciel note que les tensions soient bien et que ça rapporte plus."* (49_12)

2.4.1.5 Ingérence de l'assurance maladie

Chez nombre de médecins interrogés, cette mesure ne fait qu'accroître l'ingérence de l'Assurance Maladie dans leur activité : *"Les médecins ne sont pas des porte-paroles de la CPAM, ce sont des gens qui doivent s'occuper de la santé de la population, mais qui ne doivent pas être sous la dépendance des caisses [...] La pratique médicale doit venir de la connaissance médicale, et non pas de la connaissance des Caisses."* (53_16)

Ils déclarent se sentir surveillés : *"Et ce qui est gênant à travers ça, c'est qu'il y a un système de flicage qui est quand même quelque part un peu mis en place depuis quelques années, insidieusement. Voilà, on a du mal à s'y retrouver"* (53_09)_et influencés : *"Le risque, c'est que la sécurité sociale souhaite avoir la mainmise sur les prescriptions des médecins et penser qu'on peut calquer pour différents patients les mêmes critères."* (72_01).

Plusieurs remettent en cause la légitimité de l'Assurance Maladie *"Je trouve ça aberrant que la Sécurité Sociale, qui fait à peine son travail de sécurité sociale, vienne se mêler de la médecine."* (72_13)

2.4.2. Modification de la pratique

2.4.2.1 Absence d'impact sur la pratique

Pour certains, les critères correspondaient déjà à la pratique antérieure du médecin : *"Mais sinon, ce qu'ils nous proposent, ce n'est pas révolutionnaire, quoi. Enfin moi, les critères qu'ils nous demandent, c'est des*

choses pour lesquels j'essaie d'être la plus vigilante possible. Il y a sûrement des choses où je peux m'améliorer, c'est certain, mais ça fait partie des recommandations de manière générale." (49_01)

D'autres considèrent que ces critères ne sont pas en mesure d'induire un changement de pratiques : *"Je m'en fiche de savoir si je suis bien classé, mal classé, si c'est bien ou pas bien. Je dois avoir un trop fort égo de moi-même qui fait que je m'occupe pas beaucoup de ce que dit le ROSP et du coup quand le gars me dit « vous êtes juste en dessous », je réponds « très bien, juste en dessous » mais bon..."* (72_06)

Ils disent privilégier avant tout l'intérêt de leurs patients : *"Parce qu'encore une fois, moi je travaille surtout pour le patient. Je ne dis pas qu'il ne faut pas tenir compte de l'intérêt général, mais je travaille surtout pour le patient."* (53_13)

2.4.2.2 Impact positif sur la pratique

Certains reconnaissent un véritable impact sur leur pratique, que ce soit par un regain de vigilance *"Bah rien, c'est simplement que pour un vieux médecin comme moi, ça a été un rappel sur une certaine rigueur que la chronicité des choses fait qu'on oublie des fois. C'est à dire, enfin je pense que tu comprends ce que je veux dire, c'est à dire que pour un patient que tu suis depuis vingt-cinq ans, c'est une routine si on ne fait pas gaffe. On a besoin de rappels."* (53-08) ou par l'amélioration de l'efficacité de leurs prescriptions : *"Là où je me suis amélioré, c'est par exemple, j'ai pris conscience de ça, ce n'est pas exemple pour les personnes âgées, les traitements comme les benzodiazépines, les vasodilatateurs. Je n'étais pas terrible, donc ça j'ai bien progressé"* (72_07), en incitant les médecins à se former ou à s'informer davantage : *"Heu ça m'arrive des fois de leur expliquer que je suis obligé de changer le Crestor parce que ça coûte cher effectivement, j'ai fait la recherche. S'il n'y a pas de bénéfice attendu immédiat, ça m'arrive de changer, oui."* (53_16)

Cette mesure a également un impact mesurable sur l'amélioration du suivi des maladies chroniques : *"je pense que sur le long terme, ça permet de pas se décourager sur le suivi des malades chroniques. Sur le long terme, ça ne peut être que bénéfique je pense"* (49_16)

De plus, cette mesure est perçue par certains comme un outil d'autoévaluation : *"Et puis les choses qu'il faudrait faire mieux, ben c'est souvent dans les dépistages, les frottis vaginaux, toutes ces choses-là, où il y a beaucoup de difficultés à motiver parfois les femmes. Donc ça nous donne des chiffres qui permettent de voir un petit peu sur quoi il faut se recentrer, moi je le vois plutôt comme ça"* (49_07)

2.4.2.3 Remise en cause de l'éthique et de la déontologie

Le paiement sur objectifs expose le médecin au risque de conflit d'intérêt : *"Si on va de plus en plus vers ce type de rémunération, on risque d'avoir - c'est le mot que je cherchais - un conflit d'intérêt avec le patient. Donc c'est pas bon, ça casse la relation. D'ailleurs il y a quand même quelques confrères qui ont refusé la ROSP par rapport à ces arguments-là"* (53_04). Cela peut l'amener à dévier de ses principes : *"Vous avez des médecins qui il y a quatre ans étaient « vent debout » par exemple contre les génériques, et qui maintenant sont devenus des bons petits soldats [rire gêné] de la Caisse et de l'ARS pour toucher le maximum d'émoluments."* (59_09)

2.4.2.4 Modification des rapports avec l'assurance maladie - rôle des délégués de l'Assurance maladie.

Pour beaucoup de médecins, l'instauration de la ROSP a eu pour conséquence directe d'avoir plus de contacts avec l'Assurance Maladie, au travers des visites des Délégués de l'Assurance Maladie : *"Les gens qui viennent sont généralement assez sympas, ils ne pinailent pas. L'incitation (ndlr : à modifier les pratiques) elle se fait avec tact et mesure. Ils viennent nous aider pour saisir certaines données quand on leur demande."* (72_05)

Ils sont d'ailleurs plusieurs à se réjouir de cette évolution : *"Je pense qu'au niveau relation, c'est une bonne chose. Car que ce soit la Caisse ou les médecins libéraux, tout le monde cherche à ce que le patient aille bien. Je pense que c'est important d'au moins parler ensemble."* (72_16)

En revanche, certains ne sont pas convaincus de l'efficacité de ces échanges : *"On les voit plus, ils ramènent nos bilans, mais au final à part nous montrer nos p'tites notes, ça ne change pas grand-chose. Au final, on n'échange pas vraiment plus avec eux."* (49_15)

2.5. Limites d'applicabilité de la ROSP

2.5.1. Inégalités des territoires de santé

2.5.1.1 Disparités d'accès aux soins

Une partie des médecins interrogés travaillant en milieu rural voit la ROSP comme un facteur aggravant les inégalités : *"Ben déjà on bosse, dans un trou où il n'y a personne, et plutôt que de nous encourager à rester*

là, ils font tout pour nous pénaliser du fait qu'on ne puisse pas faire tout pareil que ceux qui sont installés entre le CHU et une clinique.” (49_17)

Parmi leurs arguments, la difficulté d'accès aux spécialistes est souvent soulignée: *“Certains viennent me voir en me tendant les courriers qu'ils reçoivent de la caisse car tel ou tel examen n'a pas été réalisé ou que ça les emmerde de devoir aller à 40km pour surveiller leur vue.” (72-18) ;*

“Enfin, les délais chez l'ophtalmo sont tellement longs que ce n'est pas évident pour nous d'aller inciter nos patients à aller faire un fond d'œil tous les ans.” (53_20)

Cet isolement se traduit logiquement par une surcharge de travail : *“au niveau de la pratique des frottis, on est tellement peu nombreux, qu'on ne peut pas... Enfin moi personnellement je ne peux pas augmenter le nombre d'examens gynécologiques, quoi, il faudrait que je fasse plus que ça, et ça n'est pas possible.” (53_20)*

2.5.1.2 Disparités des profils de patientèle

Au-delà de la fracture ville-campagne, c'est la singularité des patientèles qui n'est pas assez prise en compte aux yeux de certains médecins. Au premier plan, on retrouve la taille de la patientèle : *“C'est que quand comme moi on a une activité avec une petite patientèle, puisque moi j'ai commencé avec une collaboration, ben du coup effectivement - alors, je n'ai pas les chiffres en tête - la rémunération n'est pas conséquente.” (49_05)*

D'autres soulignent leurs difficultés liées à une population vieillissante : *“Moi dans mes patients j'ai beaucoup de petits vieux. Même si je fais gaffe, je suis obligé d'en prescrire plus que ma collègue qui a surtout des femmes jeunes.” (49_12)*

Enfin, un médecin met en avant les disparités sociales importantes d'une patientèle à l'autre : *“Nous je vois on est dans un environnement avec beaucoup de nos patients qui viennent de milieux défavorisés, l'éducation c'est autre chose que dans les petits villages autour du Mans où la majorité des patients sont retraités...” (72_05)*

2.5.1.3 Coordination avec les spécialistes

Plusieurs médecins relèvent le fait que certains indicateurs sont biaisés par les prescriptions des spécialistes : *“C'est absurde, c'est les cardiologues qui décident de ces prescriptions; ça dépend également de*

ce qui est en train de se passer avec l'apparition du Duoplavin, etc. Ca retombe sur la tête des médecins généralistes alors que c'est plutôt une prescription de spécialiste et ça, ça me choque un peu." (72_01) ;
"Parce que si vous prenez par exemple les vasodilatateurs, on en voyait déjà plus. Les seuls qui en avaient, c'était prescrit par les ophtalmos." (53_17)

Au-delà de la prescription de médicaments, il apparaît difficile pour certains médecins généralistes de trouver leur place dans la prise en charge de pathologies chroniques comme le diabète : "D'autre part, c'est extrêmement compliqué, car ne serait-ce que les diabétiques, c'est difficile d'évaluer le médecin généraliste quand ce dernier est "shunté" par le diabétologue, l'endocrinologue..." (72_02)

2.5.2. Problématiques du médecin généraliste

2.5.2.1 Surcharge de travail

Un frein important à l'adhésion à la ROSP est la surcharge de travail que cela occasionne : "D'autant plus avec toutes les implications administratives qui en découlent, qui sont hyper chronophages. C'est mesuré, ce que je dis!" (53_09)

Cela nécessiterait pour nombre d'entre-eux une adaptation de leur fonctionnement, qu'ils ne semblent pas prêts à effectuer : "Moi, tous les ans, pour ma part, comme je vous l'ai dit j'ai une grosse patientèle, je n'ai pas vraiment le temps d'aller chercher le nombre de consultations que j'ai, et ainsi de suite..." (53_11)

2.5.2.2 Fracture générationnelle

Plusieurs médecins interrogés ont le sentiment que leur souhait d'évolution du mode de rémunération tient à leur âge: "Bon après, il y a beaucoup de médecins qui ne seraient pas prêts à franchir le pas (ndlr : du salariat), ça c'est sûr, surtout les plus anciens. Les collègues les plus anciens ils seraient hostiles complètement mais les plus jeunes seraient plutôt partants." (49_09) ;

"Je vous dis ça, car je ne suis pas vieux, j'ai 38 ans mais j'ai l'impression de raisonner comme un vieux. Après je pensais que justement, vous me diriez que les jeunes ont tendance à apprécier ce type de rémunération alors que les vieux étaient resté sur le principe du paiement à l'acte." (72_06)

2.5.2.3 Fracture Libéral – Hospitalier

L'instauration d'une rémunération sur objectifs pour les médecins libéraux est parfois perçue comme une injustice vis-à-vis du secteur hospitalier : *"À l'hôpital, par exemple, je pense qu'il y aurait plus d'économies à faire. Quand on voit le prix de revient d'une journée d'hospitalisation, ou d'une cure d'immunothérapie. Je pense que c'est plus de ce côté-là qu'il faudrait aller chercher les économies."* (49_18)

Un autre médecin souligne également le caractère dérisoire à ses yeux des économies faites sur les prescriptions des médecins libéraux, comparativement aux dépenses hospitalières : *"Les coûts de la santé ne sont pas connus des hospitaliers, ce qui est grave ! Et c'est connu un peu des libéraux, mais ça pourrait être mieux connu. C'est-à-dire qu'on pourrait faire attention à autre choses qu'au petit grignotage de la différence entre un générique et le médicament de base. Quand on répète des IRM à tire-larigot pour rien, ça coûte beaucoup plus cher."* (53_16)

2.5.2.4 Manque de considération

Plusieurs médecins mettent en avant les écarts de rémunération avec leurs confrères européens : *"Qu'on arrête d'être des médecins mal payés par rapport au reste du monde. Bon peut être pas du monde, mais au moins des médecins européens, quoi."* (49_17), ou encore avec les autres spécialités : *"On est reconnus depuis pas longtemps comme spécialistes de médecine générale dans la qualification. Moi je leur ai rien demandé mais le Conseil de l'Ordre m'a envoyé ça, comme quoi j'étais spécialiste en médecine générale, et un tarif de base qui est pas le tarif des spécialistes. Donc ça déjà c'est de la logique extrême, ça m'énerve un peu, j'ai l'impression qu'on se fout de notre gueule, mais bon."* (49_09)

Au-delà de la rémunération, c'est le manque de reconnaissance de leur rôle de médecin généraliste qui est mal vécu par certains : *"... mieux considérer le médecin généraliste, qui est quand même souvent très mal considéré, et c'est un peu dégradant, quand on voit tout ce qu'on fait. Je ne dis pas ça à titre personnel, mais je trouve qu'on a quand même une lourde charge, on fait de la médecine générale [elle insiste sur le mot], du coup des fois ça fait un peu médecine de bas étage."* (49_01)

A travers la ROSP, vécue par certains médecins comme une système de surveillance de la part de l'organisme payeur, c'est leur intégrité qui est remise en cause : *" alors que je pense qu'on n'est pas des voyous, on fait quand même notre boulot du mieux qu'on peut..."* (53_09)

Enfin, plusieurs médecins font part de leur inquiétude quant à l'évolution de leur profession : *"Personne n'est irremplaçable, ça existera autrement, sous une autre forme mais je suis assez dubitative sur l'avenir de la médecine générale, sous la forme telle qu'elle était et telle qu'elle est."* (72_17)

2.5.3. Relation médecin patient

2.5.3.1 Confrontation aux exigences et aux représentations des patients

Que les médecins adhèrent ou non au concept de paiement la performance, ils sont nombreux à rencontrer des difficultés liées aux représentations de leurs patients : *"Par exemple, les consommations d'antibiotiques. C'est bien de ne pas trop prescrire d'antibiotiques, mais ce n'est pas facile car il existe déjà des habitudes de la population. Et on ne peut corriger cela du jour au lendemain. Cela demande un peu de temps pour faire baisser la consommation d'antibiotiques. Alors c'est compliqué avec ce type d'indicateurs."* (53_19)

Ils se heurtent parfois aux *a priori* des patients sur les compétences et les attributions du médecin généraliste : *"... et puis il y a pas mal de patientes qui ne souhaitent pas forcément avoir leurs frottis faits par leur médecin généraliste."* (53_04).

2.5.3.2 Indépendance du patient

Nombre de médecins ont le sentiment que les indicateurs de la ROSP reflètent mal leur pratique, du fait de l'inobservance d'une partie de leur patientèle : *"Moi encore ce matin j'affirmais au type que 100% de mes patients diabétiques partaient trimestriellement avec une ordonnance d'hémoglobine glyquée et pourtant mon objectif atteint est seulement de 55% c'est-à-dire la moitié donc il y a discordance entre la pratique du médecin et les données qu'ils recueillent."* (72_11)

Plusieurs se heurtent aux limites de l'efficacité du discours médical : *"Alors c'est sûr que c'est à nous de dire au patient « Attention, ça fait trois mois que je vous ai donné votre ordonnance pour faire votre hémoglobine glyquée, vous ne l'avez pas faite... », mais si derrière le patient ne le fait pas, ce n'est pas forcément le médecin qui aura mal fait son travail, quoi."* (49_01)

2.5.3.3 Déshumanisation - Protocolisation - Obligation de rentabilité

Parmi les craintes des médecins, le risque d'une déshumanisation de la médecine est fréquemment énoncé : *"Le risque aussi c'est de ne pas prendre en compte le fait qu'on a affaire à de l'être humain, et que les critères ne sont pas aussi valables pour quelqu'un de 50 ans ou de 80 ans. On ne peut pas robotiser et automatiser les prescriptions, sinon il suffira d'appuyer sur un bouton et ça sortira la prescription."* (72_01)

Plusieurs médecins attribuent ce risque à la protocolisation croissante de leur exercice : *"Mais chacun a ses habitudes, ce n'est peut-être pas toujours très bien. C'est bien d'avoir un protocole de prescription, de choses comme ça. Mais on ne peut pas inscrire tout le monde dans une grille avec des objectifs comme cela."* (53_19)

Avec une rémunération sur objectifs de performance, ils redoutent également le développement d'une obligation de rentabilité : *"Je n'aimerais pas qu'on me dise dans un an ou deux « Voilà, il faut que vous réduisiez votre volume de prescription de quinze pour cent » uniquement sur un argument purement comptable, voilà. La médecine, ce n'est pas qu'une science comptable. C'est surtout ce gros souci qu'on a tous je pense collectivement depuis quelques temps."* (53_09)

2.6. Perspectives d'évolution du système de santé à travers la rémunération

2.6.1. Aspirations quant au mode de rémunération

2.6.1.1 Majoration du tarif de la consultation

La plupart des médecins attachés au paiement à l'acte souhaite une réévaluation de la cotation de base en consultation, le C : *"C'est simple et efficace, ça a marché pendant des années. Mais pour qu'il continue de marcher, il faudrait l'augmenter. Et pas qu'un peu. Pour moi, il n'y a que ça qui puisse pousser à faire un travail efficace"* (49_13) ;

"A mon avis c'est inutile ; il faudrait mieux qu'on nous augmente notre « C » et qu'on supprime toutes ces rémunérations à la noix qu'on ne sait plus gérer, qu'on ne peut plus gérer. Et puis ça coûterait moins cher à la société." (53_03)

2.6.1.2 Hiérarchisation de la nomenclature

Une partie de ces médecins souligne la nécessité d'une nomenclature simplifiée : *"Avec une cotation aussi simplifiée, enfin si il y a parce que là... Là, moi je ne l'utilise pas parce que c'est trop compliqué. On passe une demi-heure à chercher la cotation qu'il faut pour la consultation donc..."* (72_10), tout en demandant une cotation tenant plus compte du contenu des consultations : *"Surtout il faudrait qu'il y ait une hiérarchisation sur l'acte lui-même, avec plusieurs niveaux d'expertise en fonction du temps qu'on passe et puis la complexité de la consultation [...] C'est la hiérarchisation des actes médicaux qui est le cœur du métier."* (53_04) ;

"Bah je crois qu'il faudrait tenir compte, dans la rémunération d'une consultation, de son contenu. Ce n'est pas la même chose si on voit une personne pour une simple angine, ou si on fait une consultation de prévention et de dépistage, une consultation où on est obligé de voir cinq ou six pathologies en même temps, si c'est une personne de quatre-vingt-cinq ans, un enfant de huit mois ou un adulte jeune. Je crois qu'il y a plein de critères inhérents au contenu de la consultation qui pourraient être utilisés pour rémunérer à la juste valeur." (53_18)

2.6.1.3 Remise en cause du paiement à l'acte exclusif

Une autre frange des médecins est plus critique à l'égard du paiement à l'acte, notamment en ce qui concerne la qualité des soins *"Je pense que le système de paiement à l'acte favorise la répétition des actes faciles. Donc c'est une espèce de machine à billets mise dans les mains des médecins, ce qui n'est pas forcément une bonne chose"* (49_04) ;

"Parce qu'aujourd'hui, le type qui travaille comme un cochon et qui ne se forme pas, il gagne mieux sa vie que quelqu'un qui va prendre du temps pour se former, qui va bien s'occuper de ses patients, etc. C'est paradoxal !" (53_12)

2.6.1.4 Salariat

Parmi les alternatives au paiement à l'acte, le salariat est régulièrement cité : *"Ah moi, oui, je serais tout à fait OK pour ne plus avoir du tout aucune tâche administrative, et de gérance et de libéral à faire, ça c'est clair ! Donc le salariat complet, pourquoi pas, je ne suis pas du tout attachée à la médecine libérale."* (49_03)

Quelques médecins soulignent le fait qu'un dispositif de paiement à la performance leur semblerait plus approprié dans un contexte de salariat : *"Toutes ces choses-là seraient plus faciles à mettre en place face à des*

médecins qui sont salariés plutôt que libéraux. C'est à dire qu'une fois qu'on est salarié, on est obligé quelque part d'adopter le « cahier des charges » de son employeur, et je trouve que ce serait beaucoup plus facile aussi.” (49_02)

2.6.1.5 Paiement à la performance

Le principe de paiement à la performance, s'il ne fait pas l'unanimité, est reconnu par certains médecins comme étant une bonne alternative au paiement à l'acte, à condition d'apporter des modifications à la ROSP actuelle : *“Après le système d'objectifs, pourquoi pas, mais il faut que ce soient des critères pertinents.” (53_10)*

“Ce serait peut-être la possibilité d'ouvrir davantage le secteur 2 ou des choses comme ça en fonction des performances de certains médecins ou de leur activité ou de leurs connaissances ?” (53_05)

2.6.1.6 Capitation

Une minorité de médecins est favorable à un modèle de rémunération basé sur la capitation : *“Moi personnellement, je serais plutôt, pour des raisons philosophiques et éthiques, pour un paiement à la capitation. Mais j'ai bien conscience d'être très minoritaire en France ! [rires]” (49_04) ;*

“Peut-être sur la consultation en rapport avec la pathologie, à la fois quelque chose qui tient compte des pathologies et des multi pathologies et puis du nombre de consultations nécessaire pour quelqu'un, je ne sais pas, un mix entre les deux.” (72_04)

Pour rappel, la capitation est un mode de rémunération pour lequel le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient indépendamment du volume de soin prodigué.

2.6.1.7 Rémunération mixte

Une partie des médecins interrogés semble favorable à une rémunération provenant à la fois des Caisses et du patient : *“À partir du moment où ça demande du temps du médecin, de la compétence aussi, c'est normal que ce travail-là soit rémunéré. Il ne peut pas être rémunéré à l'acte, bien entendu, donc forcément ce sont les organismes qui demandent à ce qu'il y ait une évolution dans cet esprit-là qui doivent nous rémunérer.” (49_06)*

2.6.1.8 Adhésion au mode de rémunération actuel

Plusieurs médecins se disent assez satisfaits du schéma de rémunération actuel : *"Moi comme actuellement ça me convient plutôt, on garde le C parce que c'est la base, et puis on rajoute des petits trucs en plus pour ceux qui font pas n'importe quoi. C'est plutôt malin comme idée."* (49_14) ;

"Après, trouver un moyen de rémunération de tout ce qui est prévention serait le bienvenu, mais ce n'est pas évident. En ça, la ROSP y participe un petit peu, puisqu'on a des indicateurs sur les mammographies, sur la vaccination grippale... Donc voilà, le système actuel est finalement un assez bon compromis." (49_05)

2.6.2. Souhaits et craintes vis-à-vis du devenir du système de santé

2.6.2.1 Attachement aux valeurs libérales

La perspective d'une remise en question de la liberté d'installation est une crainte récurrente chez les médecins généralistes : *"Vous avez même plus le choix d'exercer seul parce que sinon vous toucherez moins que vos petits camarades qui eux se sont regroupés en maison de santé. C'est une manière de tuer à petit feu la médecine générale tel qu'on la connaît, et surtout c'est le début de la fin pour la liberté d'installation."* (72_18)

A cela s'ajoute une appréhension de la remise en cause de la liberté de prescription : *"Il y a des choses avec lesquelles je ne suis pas d'accord, parce que ça peut empêcher l'exercice libéral, la liberté du médecin de choisir ce qu'il pense être le mieux pour le patient. Sur les traitements ou des choses comme cela."* (53_19)

Par ailleurs, plusieurs médecins pensent que l'échange d'argent est un gage de responsabilisation du patient : *"Le paiement à l'acte c'était correct, parce que ça permet de responsabiliser un petit peu le patient, qui ne va pas vous sauter dessus parce qu'il a le nez qui coule."* (53_16)

2.6.2.2 Rejet du tiers payant

Plusieurs médecins font part de leur inquiétude quant à la survenue de dérives consécutives au développement du tiers payant généralisé : *"Moi j'ai une patientèle où il y a quand même pas mal de CMU, et*

c'est vrai que quand on voit la déresponsabilisation des gens qui ne paient pas leur acte médical... je trouve ça inquiétant pour l'exercice de la médecine future. Je fais notamment beaucoup de régulation téléphonique, et c'est quand même épouvantable de voir comment les gens, qui n'ont pas cette notion de règlement du médecin, utilisent la médecine comme un service de plus qu'on leur doit, sans aucune appréciation réelle de la nécessité d'une consultation." (53_08)

Ils pointent le caractère inflationniste de ce dispositif, ainsi que les risques liés à une privatisation du système de santé : *"Si vous faites un tiers payant intégral, alors là, l'explosion des dépenses va être énorme mais comme la Sécu se désengage d'une grande partie des remboursements, ce seront les complémentaires qui vont tirer le gros lot. Les assurés sociaux vont avoir mal..."* (72_14)

2.6.2.3 Crainte de l'inféodation aux mutuelles

La remise en cause des valeurs libérales et l'augmentation progressive du tiers payant laissent planer le spectre du risque d'inféodation aux mutuelles : *"Les Caisses, elles payent, c'est normal qu'elles regardent un peu ce qu'on fait. Moi je préfère que ce soit eux plutôt que les mutuelles. La CPAM, c'est acquis pour eux que la santé ça ne rapporte pas. Si c'est les mutuelles qui ont le pouvoir, ça risque de pas être pareil. Ca c'est un problème"* (49_16) ;

"La ROSP avec les mutuelles ce serait un joli bazar d'ailleurs, parce que les mutuelles, elles n'accepteront pas trop de voir un déficit comme ça..." (49_14)

2.6.2.4 Désir de pluridisciplinarité

Quelques médecins ont le désir de se regrouper au sein de structures de soins : *"Alors pour moi, l'avenir c'est dans des maisons médicales ou dans des structures importantes au pied des hôpitaux. Ce serait des structures avec une informatisation globale, un secrétariat partagé, une coopération avec un service d'urgence ou un service hospitalier."* (72_09)

Ceci dans le but de bénéficier d'une valorisation financière de l'exercice pluridisciplinaire : *"Vous voyez, nous au niveau de la maison pluridisciplinaire, ça m'arrive avec certains collègues de faire des réunions de concertation avec les kinés, le podologue, etc... Et on fait ça sur notre temps de pause, dans l'intérêt du patient, mais sans rétribution aucune. Pour l'instant."* (53_09)

Ainsi, comme nous l'avons vu au travers de nos entretiens, la ROSP est un dispositif qui soulève de nombreuses interrogations chez les médecins généralistes. Nous allons donc essayer de les analyser, de comparer la ROSP avec les expériences menées à l'étranger, puis aborder l'avenir d'un tel dispositif.

DISCUSSION

1. Analyse critique de notre travail

1.1. Choix de la méthode qualitative

La majorité des travaux effectués sur la thématique du paiement à la performance que nous avons recensé et sur lesquels nous nous sommes appuyés pour élaborer ce travail de thèse ont eu recours à la méthode qualitative. Cette méthode est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale (24).

Les limites sont inhérentes à cette méthode : elle ne cherche pas à mesurer ou à quantifier afin d'obtenir des statistiques chiffrées, mais plutôt à recueillir des données verbales dans une démarche interprétative. Il existe donc inévitablement un biais d'interprétation rendant ces données non transposables.

1.2. Echantillon des médecins interrogés

1.2.1. Recrutement

Le recrutement des médecins a été fait via le site internet des Pages Jaunes. Or le nombre de médecins généralistes diffère de celui indiqué dans les Pages Jaunes.

Nous avons recensé 843 réponses à la recherche "médecin généraliste" dans le département "Maine-et-Loire", alors que le site data.dress.sante.gouv.fr indique que 876 médecins généralistes ont un exercice libéral exclusif ou mixte en Maine-et-Loire au 1er janvier 2016 (25).

Cette discordance tient à plusieurs éléments :

- Tous les médecins généralistes ne sont pas référencés dans les Pages Jaunes
- Lorsque les médecins sont regroupés en structure, le moteur de recherche des Pages Jaunes les fait apparaître soit comme un tout au nom de la structure, soit indépendamment les uns des autres, soit les deux.
- Nous avons recensé plusieurs médecins qui exercent une autre spécialité que la médecine générale et qui apparaissent à tort dans la rubrique "médecin généraliste".

Toutefois, compte tenu du choix de la méthode qualitative, ce biais de recrutement n'a *a priori* pas d'incidence sur les résultats de cette étude

1.2.2. Démographie des médecins interrogés

Notre échantillon de médecins est assez représentatif de la population de médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

L'âge moyen était de 52,35 ans dans notre échantillon contre 51,6 ans au sein de la population étudiée (25).

Nous notons tout de même deux éléments de divergence entre notre échantillon et la population cible.

Tout d'abord, les tranches d'âges extrêmes, à savoir les "moins de 30 ans" et "plus de 70 ans" ne sont pas représentées dans notre échantillon. Elles sont toutefois minoritaires, représentant respectivement 2,92% et 1,72% de la population des médecins de ces trois départements.

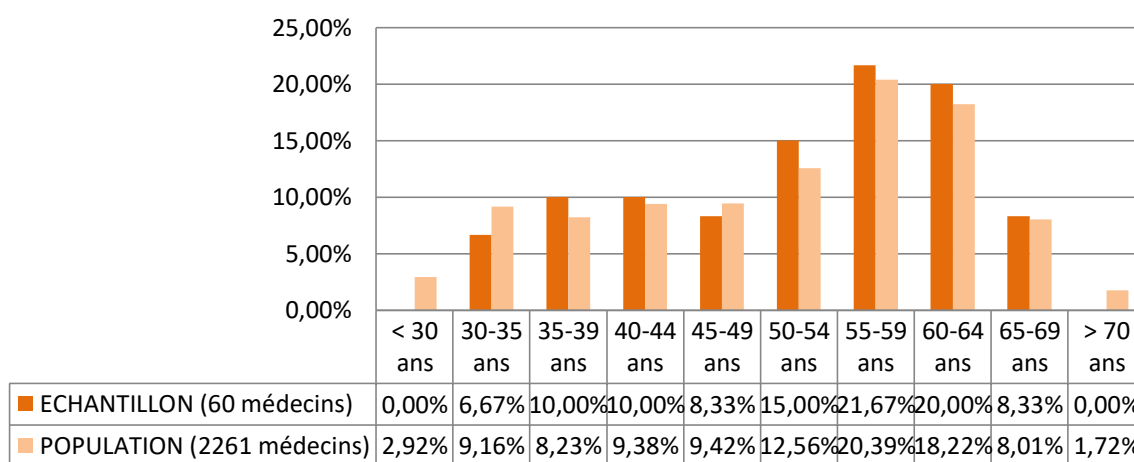


Figure 5 : Comparaison de la répartition par tranches d'âges de l'échantillon et de la population étudiée (25)

Ensuite, les femmes sont sous-représentées dans notre échantillon (33,33%) par rapport à la population étudiée (43,43%). Cette spécificité peut légèrement influencer les résultats, les études réalisées sur la féminisation montrant quelques différences de pratiques selon le genre, notamment sur la durée de travail qui est souvent un peu inférieure chez les femmes médecins (26)(27).

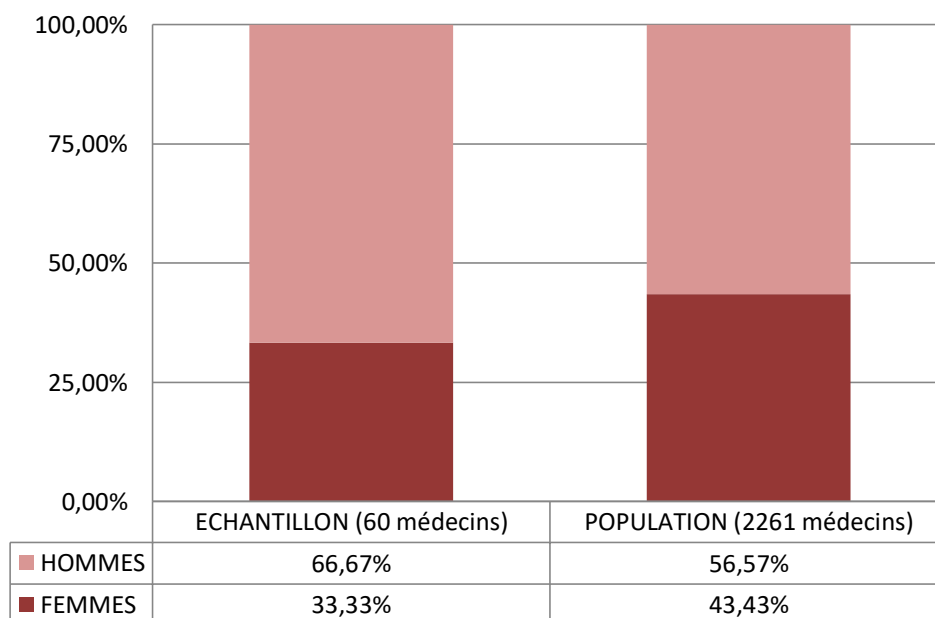


Figure 6 : Comparaison de la répartition hommes/femmes de l'échantillon et de la population étudiée (25)

Enfin, il convient de préciser que, pour obtenir 60 entretiens, nous avons appelé 198 médecins. Les 138 "non-répondants" se répartissaient de la manière suivante :

- 75 médecins n'ayant pas répondu à nos sollicitations malgré plusieurs relances.
- 20 médecins n'appartenant pas à la population que nous souhaitions étudier, la plupart en raison d'une erreur d'indexation sur le site des Pages Jaunes (médecins acupuncteurs, angiologues, gastro-entérologues, etc), quelques-uns en raison d'une absence de mise à jour du répertoire (plusieurs médecins ayant changé d'activité ou pris leur retraite, un médecin décédé).
- 43 médecins ayant exprimé clairement un refus de réponse.

Parmi cette dernière catégorie de médecins, la raison majoritairement invoquée était un manque de temps, mais une partie d'entre eux refusait de répondre en raison d'une opposition franche à la ROSP, et ce malgré explications de l'intérêt de recueillir leur point de vue.

Cette donnée est à prendre en considération, car elle induit un biais de sélection des médecins interrogés. Il est légitime de penser que notre échantillon peut comporter plus de médecins favorables à la ROSP que la population étudiée.

Enfin, nous notons également que 58% (25/43) des médecins ayant refusé de répondre exerçaient en Sarthe, sans que nous puissions interpréter cette donnée. Leur charge de travail était-elle plus importante que

leurs confrères de Mayenne et Maine et Loire ? Présentaient-ils une hostilité plus prononcée vis à vis de la ROSP?

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur un dernier biais potentiel de notre recrutement : nous avons fait le choix d'interroger un nombre identique de médecins dans les trois départements (essentiellement pour des raisons d'organisation), au détriment de la représentativité de chacun des départements. En effet, notre échantillon aurait peut-être été plus représentatif de la population étudiée si nous avions interrogé les médecins proportionnellement à leur répartition sur les 3 départements : 54,2% en Maine et Loire, 15,3% en Mayenne, et 30,5% en Sarthe (25).

Toutefois, le caractère qualitatif de notre étude doit faire relativiser ces biais potentiels.

1.3. Guide d'entretien

Au vu de la place prépondérante de la relation médecin-malade dans la pratique médicale, soulignée par la littérature (28), nous aurions pu accorder davantage de place à cette composante dans notre grille d'entretien.

Dans la perspective d'une majoration de la part des rémunérations versées par les caisses aux médecins et d'une volonté des politiques de santé de généraliser le tiers-payant dans les années à venir, nous aurions pu interroger les médecins sur l'éventuel lien qu'ils font entre ces changements.

1.4. Déroulement des entretiens

La réalisation d'entretiens par téléphone met une distance entre l'investigateur et la personne interrogée. Nous pensons que cela peut être un facteur de réduction de la durée des entretiens.

De plus, il n'est pas possible d'interpréter le langage non verbal par téléphone, qu'il aurait pu être pertinent d'intégrer dans une démarche qualitative.

Enfin, les entretiens ayant été menés par trois investigateurs, la singularité de ces derniers a pu influencer le questionnement, les relances, et les réponses des médecins interrogés. Nous avons toutefois tenté de minimiser ce biais en incluant au guide d'entretien les relances qui nous paraissaient pertinentes.

1.5. Analyse des données

Chaque investigateur effectuant une première analyse des entretiens qu'il avait préalablement retranscrits, cela induit de fait un biais d'interprétation.

Le double codage des données nous a permis toutefois de minimiser ce phénomène.

2. Pourquoi adhérer à la ROSP ?

2.1. L'intérêt financier comme principal vecteur d'adhésion

La principale motivation évoquée par les médecins généralistes, est l'attrait financier de cette mesure.

2.1.1. Rappel du mode de calcul

En échange d'un suivi des recommandations et de l'atteinte de différents objectifs, le médecin généraliste se voit attribuer un nombre de points permettant de calculer la rémunération qui lui sera versée au mois d'avril de l'année suivante. Chaque point est rémunéré 7 euros, avec un total possible de 1300 points, soit une rémunération maximale annuelle de 9100 euros pour une patientèle comptabilisant 800 individus.

Ce calcul est pondéré par la taille de la patientèle, permettant ainsi de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes. Ce système introduit donc une part de capitation dans la rémunération.

Pour les médecins nouvellement installés, un coefficient (15% la première année, 10% la deuxième puis 5% la troisième) est ajouté à la valeur du point afin de tenir compte du faible volume de patientèle.

Chaque indicateur de qualité de la pratique médicale comporte deux objectifs :

- un "objectif cible", commun à tous les médecins, qui correspond à la réalisation de 100% de l'objectif,
- un "objectif intermédiaire", également commun à tous les médecins, correspondant à la réalisation de 50% de l'objectif.

Ces objectifs sont basés sur les données recueillies sur l'ensemble des médecins et les recommandations des autorités sanitaires françaises et internationales.

Pour chaque indicateur, le médecin aura pour valeur de référence "niveau initial", qui correspond à son taux de réalisation lors de l'année précédant la mise en place de la ROSP, soit au 31/12/2011. Pour les médecins installés après 2011, il correspond au taux de réalisation de la première année d'installation.

Chaque année, un "niveau constaté" est recalculé chez chaque médecin. Si le niveau constaté est inférieur au taux intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Ainsi, un médecin n'ayant pas progressé par rapport à son "niveau initial" aura un taux de réalisation de 0%. Un médecin parvenant à atteindre l'objectif intermédiaire aura un taux de 50%.

Si le niveau constaté compris entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible, le taux de réalisation est au moins égal à 50% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire (29).

2.1.2. Une rémunération compensatoire ?

Si la CNAM présente la ROSP comme un outil favorisant la qualité des soins, une meilleure efficacité des prescriptions et la modernisation des conditions d'exercice (8), une majorité de médecins de notre échantillon évoque spontanément la ROSP comme étant une contrepartie proposée aux médecins généralistes en échange de la non augmentation de la valeur de l'acte.

Cette contrepartie est perçue par les médecins interrogés comme un échec des négociations entre les principaux syndicats, censés défendre les intérêts des médecins, et la CNAM dont l'objectif est d'optimiser les dépenses de santé.

Pour un des médecins interrogés, cette nouvelle rémunération est plutôt perçue comme une compensation à l'augmentation ressentie de la part du travail administratif du médecin généraliste, ou d'autres tâches non rémunérées par le traditionnel paiement à l'acte : formations, activités de prévention, etc.

Cette théorie est d'ailleurs défendue par de nombreux économistes (5)(13).

Certains médecins voient cette mesure comme la volonté de revaloriser la rémunération des médecins vis à vis du reste de la société, l'un d'entre eux n'hésitant pas à comparer le prix de la consultation avec le prix d'une coupe de cheveux chez le coiffeur.

Ce sentiment peut être nuancé par une étude s'intéressant aux revenus des médecins entre 1980 et 2004, qui aboutissait à la conclusion que les médecins généralistes libéraux avaient, à niveau d'expérience identique, des revenus nets supérieurs à ceux des cadres, et ce à tous les stades de leurs carrières respectives.

En intégrant le fait que les études des médecins généralistes étaient plus longues que celles des cadres supérieurs, il apparaissait que dès l'âge de 43 ans, les médecins avaient rattrapé leur retard au niveau des revenus cumulés. Au-delà, il n'y avait pas de différence significative (30).

Enfin, certains médecins perçoivent la ROSP comme une récompense aux efforts consentis afin d'améliorer la prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne les patients souffrant de pathologies chroniques.

La formation, le temps de consultation et la coordination sont considérés comme des facteurs d'améliorations des prises en charge, que ne valoriserait pas le paiement à l'acte.

2.1.3. Une part grandissante des revenus des médecins généralistes

Depuis sa mise en place, les revenus de la ROSP n'ont cessé d'augmenter pour représenter 6402 euros en moyenne par médecin généraliste en 2015, contre 4982 euros en 2012 (8)(10), soit une hausse 28 % en 4 ans.

Cette augmentation est à mettre en balance avec la stagnation du tarif de consultation conventionné depuis 2011 et l'augmentation des cotisations sociales (31).

D'après la CNAM, la ROSP représente en 2015 4,1% des revenus des médecins généralistes (32).

La mise en place de ces mesures a conduit à une baisse de la part de paiement à l'acte dans la rémunération globale qui passe ainsi de 87% en 2004 à 73,8% en 2014 (32).

Dans notre étude, plusieurs médecins percevaient en effet l'importance de cette rémunération, pouvant correspondre à un *"treizième mois"*, d'autres se contentant d'admettre qu'ils n'avaient pas anticipé l'importance de cette rémunération au moment de l'introduction du dispositif jugeant ce montant comme *"pas tout à fait négligeable"* (53_12).

Ces réflexions sont également révélatrices d'une méconnaissance des médecins vis à vis des rémunérations résultant de ce dispositif, peut-être par manque de communication entre les différents acteurs du système de santé.

2.1.4. Une rémunération inférieure à celle des pays voisins ?

2.1.4.1 Comparatif des revenus des médecins généralistes de l'OCDE

Certains médecins interrogés pointent une différence nette de leur niveau de rémunération par rapport à leurs homologues européens. Ils considèrent être des "*médecins mal payés par rapport au reste du monde*" (49_17). Mais qu'en est-il réellement ?

Selon un rapport OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) de 2015, la rémunération des médecins généralistes libéraux français est estimée à 2,4 fois le salaire moyen français. En comparaison, ce ratio est de 4 en Allemagne et de 3,2 au Royaume Uni, pays régulièrement cités en exemple par les médecins revendiquant une hausse de leur rémunération.

Toutefois, l'immense majorité des rémunérations des généralistes libéraux de l'OCDE est comprise entre 1,8 fois (Canada) et 2,9 fois (Australie) le salaire moyen, et les médecins français se situent dans la moyenne de leurs confrères de l'OCDE (33). (annexe I)

2.1.4.2 Comparaison entre la ROSP et le QOF

Parmi les médecins interrogés, une faible proportion compare la ROSP avec les systèmes étrangers de paiement à la performance.

Prenons l'exemple du Quality Outcomes and Framework (QOF), paiement à la performance mis en place en 2004 en Grande Bretagne, qui a inspiré le CAPI puis la ROSP. Ce dispositif a permis une progression des revenus des médecins généralistes de l'ordre de 25% au cours des quatre premières années de sa mise en place (2004-2008) (34).

Comparativement, en France, sur un intervalle de temps identique entre 2011 et 2014, la progression des revenus des médecins généralistes est estimée à 6,8% grâce à la majoration des forfaits et la mise en place de la ROSP (32).

Il est d'ailleurs intéressant de constater que la hausse de rémunération des médecins généralistes français induite par la ROSP s'inscrit en cohérence avec la conclusion à laquelle arrivaient les membres du projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire)) en 2008, après avoir passé en revue plusieurs études européennes : "*Un gain de*

rémunération de 5% semble adéquat pour faire participer les professionnels au programme.” Ce projet, mené par l’INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) découle d’un séminaire organisé conjointement par la Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins (DHOS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAM) en février 2008, dans le but de poser les jalons de l’instauration du paiement à la performance en France (34).

Mais alors pourquoi une telle différence dans la progression des revenus des médecins généralistes entre la France et la Grande-Bretagne ? Plusieurs précisions sont à apporter pour mieux comprendre ce fossé entre deux systèmes de santé de qualité comparable.

Tout d’abord, les proportions de chaque mode de rémunération diffèrent de manière conséquente entre ces deux pays.

En Grande Bretagne, le paiement à la capitation constitue la principale source de revenus des “General Practitioners” à hauteur de 61%, quand le paiement à la performance représente 15%, et la rémunération à l’acte, seulement 12% de leurs revenus.

En France, la situation est inversée puisque la rémunération à l’acte participe aux revenus à hauteur de 73,8%. Les forfaits, qui peuvent s’apparenter à la capitation, représentent 7,3 % et la ROSP, comme nous l’avons vu précédemment, seulement 4,1% (32).

Ensuite, l’autre différence vient de la valeur de rémunération du point. Pour le QOF, entre 2004 et 2008, le point était rémunéré 124,64 £ (soit approximativement 137€) avec un total maximal de 1050 points (entre 2004 et 2006) puis 1000 points (entre 2006 et 2008) (35). En France, ce point est resté à une valeur fixe de 7€ pour un total de 1300 points.

Toutefois, comme énoncé plus haut, il convient de tenir compte des proportions différentes des modes de rémunération entre ces deux pays pour estimer le gain maximal théorique, qui à première vue semble plus important en Grande Bretagne.

Enfin, l’investissement initial n’est pas du même ordre de grandeur. Le QOF est une mesure qui représentait un coût d’un milliard de livres sterling (1,3 milliards d’euros) par an, tandis que la ROSP constitue un investissement compris entre 300 et 400 millions d’euros par an (soit 3,2 à 4,3 fois moins) (32).

En investissant massivement dans cette mesure, la Grande Bretagne a été en mesure d'obtenir un taux d'atteinte des objectifs de 91,3%, et ce dès la première année (contre 75% attendu) (34), ce qui a d'ailleurs amené plusieurs observateurs à remettre en question la pertinence d'un tel dispositif (16).

2.2. L'amélioration des pratiques médicales en ligne de mire

2.2.1. Un objectif d'harmonisation des pratiques

Pour une partie des médecins la mise en place de la ROSP relève d'une volonté d'harmoniser les pratiques médicales. Cet objectif est un des motifs d'adhésion.

L'idée de se servir de ces objectifs comme un "rappel" aux recommandations médicales est souvent bien reçue, d'autant plus lorsque cela permet de limiter les disparités de prise en charge dans le cas de certaines pathologies chroniques.

Plusieurs des médecins que nous avons interrogé rapportent d'ailleurs un accroissement de leur "rigueur dans la prise en charge des patients chroniques", ce qui est conforme aux objectifs de la convention (1).

2.2.2. Favoriser le dépistage et la prévention

Une partie des médecins interrogés reconnaît également des qualités à la ROSP, notamment en ce qui concerne l'incitation aux actions de prévention, plusieurs d'entre eux évoquant un "impact positif sur les dépistages", ce qui concorde encore une fois avec les objectifs affichés par l'Assurance Maladie (1).

Cet objectif est lié au constat suivant : "malgré le fait que la France présente des indicateurs généraux d'état de santé globalement positifs, les inégalités de santé entre les catégories sociales sont importantes et la mortalité prématurée figure parmi les plus élevées de l'UE" (36), ce qui justifie l'existence des programmes de prévention et de dépistage.

2.2.3. Favoriser l'efficacité en matière de prescription

Le dictionnaire Larousse qualifie d'efficace(e) une personne ou un système "qui aboutit à de bons résultats avec le minimum de dépenses, d'efforts, etc".

Les médecins reconnaissent le but économique de la ROSP notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments dans le domaine des génériques, et la substitution des sartans par des IEC.

Ils reconnaissent également que les critères visant à diminuer la part des prescriptions de traitement jugés inutiles, insuffisamment efficaces voire dangereux, relèvent du bon sens.

Les indicateurs les plus cités en exemple sont les vasodilatateurs et les benzodiazépines à demi-vie longue.

Concernant cette dernière catégorie de traitements, une étude publiée en 2014 dans la revue BMC (37), reprise par Prescrire (38) vient nuancer l'impact de la ROSP. Elle s'intéresse à l'évolution de la prescription des benzodiazépines à demi-vie longue dans les Pays de la Loire suite à l'introduction de la ROSP.

Son objectif en matière de prescription de benzodiazépines est double : d'une part une limitation des prescriptions des médicaments à durée de vie longue chez les personnes de plus de 65 ans, d'autre part un abaissement de la durée de prescription à 12 semaines.

Si en effet, les résultats montrent bien une diminution significative de la prescription des benzodiazépines à demi-vie longue, l'étude démontre aussi que l'arrêt de ces traitements a le plus souvent été suivi d'une prescription de benzodiazépines à demi-vie plus courte. Ces traitements étaient régulièrement prescrits pour des durées excédant 12 semaines, rendant ainsi caduque le second objectif de cet indicateur.

2.2.4. Favoriser le travail pluridisciplinaire

Certains médecins voient en la ROSP, un moyen de favoriser les temps de coordinations dédommagés. De l'avis des économistes, il apparaît nécessaire d'adapter les modes de rémunération des médecins aux évolutions démographiques, notamment le vieillissement des populations et l'augmentation du nombre de patients en Affection Longue Durée (ALD), passé de 8,3 millions en 2008 à 9,9 millions en 2014 pour le Régime Général (39).

Ces patients nécessitent le plus souvent une prise en charge pluridisciplinaire et les moyens mis à disposition par le biais des nouveaux modes de rémunération encouragent la coordination entre professionnels de santé.

Il est intéressant de noter dans nos entretiens que les médecins favorisant ce type de prise en charge sont en majorité déjà intégrés dans une logique de travail en groupe, ou sont plus jeunes que la moyenne.

3. Pourquoi rejeter la ROSP ?

3.1. L'idée même de performance

3.1.1. Le médecin généraliste, un praticien libéral singulier

Pour beaucoup de médecins, le rejet de la ROSP tient au rejet du principe de rémunération à la performance. Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, en 2010, estiment que le médecin généraliste choisit l'exercice libéral pour faire valoir son indépendance professionnelle.

Cette indépendance passe par un désir de ne dépendre d'aucun organisme supérieur pour subvenir à ses besoins financiers ni pour s'accomplir professionnellement.

A travers ce choix de carrière, il s'éloigne de l'approche segmentaire de la médecine spécialisée, dite "d'organe", pour une approche globale dite "bio-psycho-sociale" (40).

L'un des médecins interrogés nous confie qu'il *"ne recherche pas une performance mais [qu'il] essaie d'être dans une sécurité de pratique"* (49_10).

Le principe de performance est alors laissé à la recherche médicale qui incarne pour lui une médecine éloignée de ses préoccupations. Pourtant, avant de choisir cette indépendance, le médecin en devenir est confronté à une pression de sélection qui nécessite qu'il se montre performant, et ce dès le début puis tout au long de sa formation initiale.

3.1.2. La définition de la performance et ses dérives

D'après les membres du projet COMPAQH, le terme de paiement à la performance est inadapté. Ils préconisent l'utilisation du terme de "paiement à la qualité" puisqu'il est ici question d'une amélioration de la qualité des soins.

C'est cette confusion qui conduit les médecins à considérer ce dispositif comme une évaluation de leurs performances individuelles au travail.

Dans les années 90, des travaux menés sur le concept de performance individuelle au travail l'ont défini comme *"un comportement développé par l'individu dans le but de permettre à l'organisation d'atteindre ses objectifs"* d'après Brigitte Charles-Pauvers dans son travail sur les déterminants psychologiques de la performance au travail (41).

Dans le cadre de cette définition, l'individu, s'il fait preuve d'un comportement visant à atteindre ses objectifs, est perçu comme performant, même si il n'obtient pas les résultats escomptés.

C'est dans cet esprit que le QOF a inclus dans le dispositif la possibilité d'exclure les patients non compliant (*exception reporting*) afin d'éviter de détériorer l'indice de performance du médecin qui ne peut être tenu responsable de l'inobservance de ses patients. Ainsi, le médecin peut minimiser l'impact de sa patientèle sur sa performance.

Mais ce système entraîne un risque de dérives, surtout quand il est question d'intérêt financier. Une étude datant de 2008 parue dans *The New England Journal of Medicine* (NEJM) révèle que la moitié des médecins participant au QOF ont exclu plus de 5,3% de leurs patients dans l'objectif d'augmenter leur rémunération (42). Cette pratique est appelée "Gaming".

Cela vient soutenir la théorie économique standard selon laquelle le médecin généraliste peut potentiellement se montrer intéressé, le conduisant à adopter des conduites individuelles favorisant son profit, ici économique (43).

Bien qu'imparfait, l'usage de "l'exception reporting" laisse la possibilité au médecin de choisir les patients qui reflètent le mieux son exercice médical.

En France, cette possibilité n'a pas été intégrée au CAPI ni à la ROSP et ceci peut avoir plusieurs conséquences.

La première est liée aux résultats communiqués par la CPAM au médecin, potentiellement considérés comme une remise en cause de sa pratique, qui peuvent engendrer une perte de l'estime de soi, comme le dit le sociologue Alain Ehrenberg (44).

D'autre part, les médecins interrogés craignent que cette quête de performance aboutisse à une sélection de patientèle. Certains redoutent de favoriser le profit au détriment du soin en considérant que "*soit on accepte la patientèle, soit pour répondre aux critères de la ROSP on enlève tous les emmerdeurs, et comme ça on aura une ROSP qui sera super*" (72_01).

L'absence de "l'exception reporting" dans le modèle français pose ici un cas de conscience.

De plus, comme nous l'avons noté dans les résultats, certains médecins généralistes nous informent qu'un autre risque est le recours à la falsification des données déclaratives, "*qu'il y ait des médecins qui marquent n'importe quoi dans le dossier pour que le logiciel note que les tensions soient bien et que ça rapporte plus.*" (49_12)

Enfin, ils craignent une déshumanisation voir une "*robotisation*" de la relation de soins avec la mise en place de "*protocoles*" pour rester au plus près des indices permettant d'évaluer la performance et oublier ce qui fait la richesse de leur profession, "*l'être humain*".

3.1.3. Comment juger la performance d'un tel dispositif ?

D'après le Comité Consultatif National d'Ethique en 2003, l'un des traits fondamentaux de la « bonne » performance dans le domaine médical est l'apport d'un bénéfice réel ou une amélioration sensible de l'état de la personne concernée (ici le patient) (45).

3.1.3.1 Le patient, seul juge de la performance du médecin ?

Pour une partie des médecins interrogés, l'idée même que le gestionnaire (les caisses d'assurance maladie) soit également l'évaluateur est absurde. Ils craignent d'être évalués selon des aspects purement économiques, laissant de côté les autres enjeux de la relation médecin-malade.

Certains reconnaissent toutefois une utilité à l'évaluation de leurs performances, mais souhaitent d'autres modalités comme l'auto-évaluation ou l'hétéro-évaluation par les patients.

Cette attitude vis à vis de l'évaluation par les patients est également décrite par Eliot Freidson. Dans son ouvrage *La Profession médicale*, paru en 1970, le sociologue américain établissait une distinction entre médecins spécialistes et médecins de premiers recours (46).

Alors qu'il décrit pour les médecins spécialistes et hospitaliers une "*subordination au monde professionnel*", Freidson identifie une "*subordination à la clientèle*" pour "*les médecins situés aux premières loges du monde profane*". Il parle même de "*deux pôles d'organisation de la pratique*", qui sont opposés par la "*nature et l'importance du contrôle normatif*" : contrôle par les clients s'opposant au contrôle par les confrères.

3.1.3.2 L'exemple des modèles britannique et américain

Historiquement précurseurs sur la question de l'autonomie du patient dans la prise en charge médicale, les pays anglo-saxons ont souhaité intégrer dans la grille d'évaluation des systèmes de paiement à la performance le critère de satisfaction des patients (47).

Cette satisfaction se mesure par le biais de questionnaires. Le QOF interroge les patients britanniques via l'IPQ (Improving Practices Questionnaires) et le GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire), le Medicare américain grâce au CAHPS (Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems). Bien que sujets à controverses, ces questionnaires ont le mérite d'informer et d'impliquer le patient dans ces programmes de paiement à la performance (48).

L'absence de cette évaluation par le patient peut expliquer pourquoi, en 2014, 78% des patients interrogés par la CPAM ne connaissaient pas l'existence de la ROSP (11).

3.1.4. Une mesure infantilisante, voire illégitime ?

Parmi les médecins opposés à la ROSP, une majeure partie développait l'idée que ce système de paiement avait un aspect infantilisant. L'expression "*carotte et bâton*" a été régulièrement employée.

Le terme "*carotte*" désigne intuitivement le complément de revenus. Quant à celui de "*bâton*", il est intéressant de constater que, malgré l'absence de mesures punitives en cas de non atteinte des objectifs, certains médecins généralistes peuvent se sentir lésés par la différence même de rémunération.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'évaluation par les Caisses est vécue par certains médecins comme une notification "*de bonne conduite*" et les entretiens annuels avec les Délégués d'Assurance Maladie comme "*une rencontre parent-prof*".

Cette perception est souvent reprise dans les travaux précédents s'intéressant aux ressentis des médecins (20)(22) comme dans la littérature plus économique (43).

Pour certains, ce paiement perçu dans le cadre d'un travail jugé "normal" du médecin est même illégitime, et ils se sentiraient "coupables" de l'utiliser à des fins personnelles. Quelques-uns disent l'utiliser pour moderniser leur cabinet, quand d'autres en font don à des associations caritatives.

3.1.5. Un dispositif inadapté à l'exercice de la médecine générale ?

Nous avons vu plus haut que d'après la théorie économique standard sur laquelle se basent en partie les programmes de financement des politiques de santé, le médecin, en tant qu'être intéressé, a besoin d'être

réorienté dans son comportement pour contrer son opportunisme naturel, et que l'incitation financière paraît être le moyen le plus adapté (43).

D'autre part, d'après le rapport COMPAQH déjà évoqué plus haut, ce type rémunération permet de valoriser le temps de coordination et il suscite donc l'intérêt des médecins (34).

Malgré tout, ce dispositif est jugé inadapté par les médecins interrogés. Une partie lui reproche une inspiration davantage administrative ou politique que médicale.

L'inscription de ce dispositif dans la convention médicale et le fait que les critères soient choisis par les Caisses sans concertation préalable avec les représentants des médecins, sont critiqués par les professionnels interrogés. Ces reproches font régulièrement surface depuis la mise en place de la ROSP via les revendications de certains syndicats.

L'absence d'évolutivité en cours de convention et la non prise en compte de l'indépendance du patient sont les principaux arguments avancés pour critiquer son manque d'adaptabilité.

3.2. Critiques des critères

3.2.1. Remise en cause du bien-fondé scientifique des indicateurs

Bien plus que l'économie de santé, c'est avant tout l'intérêt du patient qui prime pour le médecin et certains d'entre eux se montrent méfiants à l'égard des indicateurs de la ROSP, estimant que ces derniers n'ont peu voire pas d'impact sur l'amélioration de la santé de leurs patients.

Les médecins s'interrogent : Est-il licite de "*prescrire du Kardegic chez un patient diabétique à haut risque cardiovasculaire*" (53_17) quand cela n'a pas démontré la preuve de son efficacité en terme de réduction de morbi mortalité ? Le taux d'hémoglobine glyquée et sa surveillance sont-ils les meilleurs reflets de l'état de santé du patient diabétique ?

3.2.2. Préférence pour les formations et les recommandations des sociétés savantes

Ce que nous dit cette critique du bien-fondé scientifique des critères de la ROSP, c'est également que les médecins font appel à la formation médicale continue.

Que ce soit par le biais de revues médicales, de référentiels de sociétés savantes ou bien des journées de formation, les médecins qui critiquent le font en connaissance de cause : *"ce n'est pas du tout la ROSP qui a fait ça, c'est plutôt la lecture de revues, c'est plutôt la formation médicale continue, voilà ! (49_04)"*.

3.2.3. Absence d'évolutivité de la ROSP

L'absence d'évolutivité en cours de convention est une critique majeure des médecins refusant la ROSP. Ils considèrent aberrant de suivre des critères qui ne tiennent pas compte des dernières recommandations. Les exemples les plus cités sont le diabète et les objectifs de LDL. L'un d'entre eux nous dit même qu'il *"essaye de dépasser les recommandations de la ROSP"* (72_01)

3.3. Le manque de fiabilité

3.3.1. Caractère déclaratif

Le caractère déclaratif est considéré par une partie des médecins interrogés comme un biais majeur dans le recueil des données relatives aux indicateurs de pratique médicale. Ils considèrent cette modalité de remplissage *"improbable"* et *"pas très précise"* et ont donc tendance à remplir ces critères *"au pif"*.

Nous avons vu plus haut que le principe même de paiement à la performance peut conduire le médecin à falsifier des données relevant de son appréciation personnelle.

Il est surprenant de recueillir également le témoignage de médecins reconnaissant une complicité des délégués de l'Assurance Maladie dans ce que l'on pourrait appeler *"une tricherie"*.

Cette participation des délégués ne serait-elle pas le reflet d'une incapacité des Caisses d'Assurance Maladie à procéder à un recueil fiable des données, ou vient-elle étayer l'hypothèse de la rémunération compensatoire ?

3.3.2. Des difficultés techniques

Certains médecins pointent du doigt des incohérences entre les chiffres recueillis par les Caisses d'Assurance Maladie qui leurs sont présentés, et la réalité de leur exercice médical.

Bien que ces différences puissent être attribuées à l'indépendance ou l'inobservance des patients, ils ne peuvent s'empêcher de penser que les Caisses ne disposent pas de moyens leur permettant d'effectuer de *"vraies statistiques"*.

D'autres reconnaissent un manque de rigueur dans la tenue de leurs dossiers papiers ou informatisés, ne leur permettant pas d'effectuer une évaluation fiable des critères.

Pourtant, les rapports successifs de la CPAM sur la ROSP montrent une progression au cours des 2 premières années puis une stabilisation les 2 années suivantes concernant l'équipement des médecins en logiciels certifiés d'aide à la prescription. Le manque d'intuitivité de ces logiciels et leur inadaptation à réaliser de *"véritables études"* sont les deux principales critiques.

Par ailleurs, bien que ne représentant qu'une faible proportion de notre échantillon, certains médecins continuent à être réticents à l'informatisation.

3.4. Les limites du système

Qu'ils adhèrent ou non, la majeure partie des médecins pointe un certain nombre de limites à la mise en application de la ROSP.

3.4.1. La relation médecin-malade ne peut pas être "protocollisée"

3.4.1.1 Le patient perçu comme un individu autonome

Une partie des difficultés éprouvées par les médecins à tendre vers les objectifs fixés par la ROSP est attribuée à l'indépendance du patient. Cette indépendance est l'un des fondements du principe d'autonomie, le patient étant tout à fait libre de suivre ou non les recommandations (ou prescriptions) du médecin.

Cependant, cette liberté est sous tendue par la délivrance d'une information médicale claire, loyale et appropriée de la part du médecin, comme le stipule l'article 35 du Code de Santé Publique.

Ces deux notions s'associent en médecine pour former le concept de consentement éclairé.

Cette vision s'oppose au paternalisme, encore très présent de nos jours, où le médecin est seul à décider de ce qui peut être considéré comme "bon" pour le patient (principe de bienfaisance) sans tenir compte des attentes de ce dernier.

Les médecins signalent qu'une majorité de critères figurant dans la ROSP et leur réalisation sont souvent dépendants du "bon vouloir" des patients.

La réalisation des hémoglobines glyquées et le dépistage sont les principaux critères cités en exemple.

Il est alors nécessaire s'interroger sur les raisons qui poussent le patient à ne pas suivre les prescriptions du médecin.

3.4.1.2 Le médecin, seul détenteur du savoir médical ?

Alors que les travaux réalisés sur la question du paiement à la performance dénoncent "*l'ingérence des caisses d'assurance maladie*" perçue par les médecins, peu d'entre eux abordent la question de l'ingérence profane.

On pourrait définir cette expression comme "*l'intervention de celui qui n'est pas initié dans les affaires d'autrui*" selon le dictionnaire Larousse, avec le patient dans le rôle de "celui qui n'est pas initié", et le médecin dans celui "d'autrui".

Cette ingérence n'est pas uniquement le fait du patient, mais également de son entourage et de manière plus large de la société civile, ayant pour conséquence de brouiller les frontières entre le monde médical et le monde profane, comme le cite Kristina Orfali dans son ouvrage *L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique* (49).

L'une des difficultés du médecin à tendre vers les objectifs de la ROSP, est la confrontation aux exigences des patients.

L'ère du numérique a permis à bon nombre de personnes d'accéder à des connaissances jusqu'alors réservées aux initiés, et ceci est particulièrement prégnant en médecine.

Plusieurs médecins citent la réalisation de mammographies dans le dépistage du cancer du sein, comme exemple des divergences d'opinions. Leurs interrogations concernant l'intérêt de ce type de dépistage de masse peuvent être soutenues par plusieurs études récentes, dont une du New England Journal of Medicine en 2012 (50) qui se penche sur les effets de ce dépistage aux Etats-Unis entre 1976 et 2008, ou encore une

étude publiée par JAMA en 2015 (51). Ces études remettent effectivement en cause l'intérêt d'un tel dépistage systématisé en population générale.

L'appropriation de ces résultats par la société civile conduit à l'émergence de réactions de méfiance vis-à-vis des systèmes de santé, voire du médecin généraliste, souvent en première ligne.

Ici, le patient est soumis à une double information contradictoire. Une première, reprenant le vocabulaire scientifique, le décourage de recourir au dépistage organisé en insistant sur les risques, alors qu'une seconde l'y encourage en insistant sur le bénéfice attendu.

Il est alors demandé au médecin, placé au centre, de se prononcer sans donner l'impression de prendre parti, afin de permettre au patient d'appliquer son consentement éclairé.

Mais l'ingérence profane est-elle forcément problématique pour la relation médecin-malade ?

Dans une revue de la littérature de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007, les patients ayant bénéficié d'une information médicale préalable à la consultation (ici par internet) participent mieux à la prise en charge médicale sans remettre en cause les connaissances et la confiance dans leur médecin (52).

Cependant, dans notre étude, une partie des médecins a reconnu ne pas évoquer le principe du paiement à la performance avec leurs patients, soit par manque d'intérêt, soit par peur d'une remise en question des motivations intrinsèques du médecin.

Cette inquiétude est-elle légitime ?

3.4.2. L'idée d'un conflit d'intérêt

Cette notion est largement développée par Olivier Saint Lary en 2014 dans son article *Paiement à la performance et soins primaires : étude des tensions éthiques liées à son introduction*. Elle y est définie comme "Une situation d'interférence entre une mission de service public et l'intérêt privé d'une personne qui concourt à l'exercice de cette mission, lorsque cet intérêt, par sa nature et son intensité, peut raisonnablement être regardé comme étant de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions" (53). Il explore cette idée dans un travail de 2015 s'intéressant à la vision des patients sur ce

nouveau mode de rémunération de leurs médecins : Saint Lary en conclue que les patients ne sont pas nécessairement opposés à ce système à condition que leur lien au médecin ne soit pas trop bouleversé (54).

De son côté, Nicolas Da Silva (55) (56) reprend une idée développée par d'autres sociologues comme Florent Champy en 2011 (57) et considère le médecin généraliste comme appartenant à une profession à pratique prudentielle.

Ce terme s'applique aux professions à savoirs complexes, exerçant dans un contexte d'incertitude, pour lesquelles le principe d'autonomie est au centre de la pratique, et interdit au professionnel d'appliquer des règles normalisées (58). Ceci n'est d'ailleurs pas sans rappeler le Serment d'Hippocrate : "*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.*"

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) condamnait déjà en 2009 ce principe de paiement et les conflits d'intérêt pouvant en découler (7).

Mais alors, de quels conflits d'intérêt parle-t-on ?

3.4.2.1 Conflit d'intérêt entre médecins et caisses

3.4.2.1.1 Les économies de santé, cheval de bataille des caisses

Une partie des médecins perçoit dans ce système la volonté des Caisses de "*contrôler les flux monétaires*" et de mettre en place un "*jeu de pouvoir*", remettant ainsi en question la légitimité du financeur (les Caisses d'Assurance Maladie) à contrôler les dépenses des effecteurs (les médecins).

Les deux parties ont pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations mais, alors que la priorité du premier est de maîtriser les coûts, le second a pour objectif de faire adhérer le patient dans un projet personnalisé de soins en respectant sa dignité et son autonomie.

Pour une partie des médecins, il est d'ailleurs difficile de concevoir que l'amélioration de la prise en charge soit compatible avec la réduction des dépenses de santé (58).

3.4.2.1.2 Un motif difficilement accepté par les médecins

Plusieurs indicateurs de la ROSP visent en effet à réduire le coût des prescriptions ou à prévenir les complications lourdes et donc coûteuses.

Paradoxalement, plusieurs médecins soulèvent des incohérences comme le fait de "*prescrire plus d'hémoglobine glyquée*" même quand cela ne leur paraît pas indiqué.

De même, l'indicateur de prescription de statines chez les patients hypertendus et diabétiques soulève des interrogations. Les médecins redoutent "*qu'il y a ait une surprescription de statines avec tous leurs effets indésirables, juste pour coller à la ROSP*" (72_01) et "*qu'à force de se faire entendre qu'il faut donner des statines, des machins... On finit par le faire.*" (72_13).

Il est légitime de craindre que, dès lors que l'on encourage la prescription de traitements ou d'exams non dénués d'effets secondaires voire inadaptés, le médecin, dont l'objectif principal est l'amélioration de l'état de santé du patient, peut développer une attitude hostile envers l'organisme à l'origine de ces incitations. Il se détourne alors de ce système et favorise d'autres moyens d'information.

Mais que se passe-t-il lorsque l'intérêt financier prend le pas sur les principes fondateurs de la déontologie médicale ?

3.4.2.2 Conflit d'intérêt éthique

Plusieurs des médecins que nous avons interrogé, qu'ils adhèrent ou non à la ROSP, nous ont fait part de leur gêne à l'égard d'un système susceptible de les inciter à modifier leurs pratiques pour des raisons financières.

Cela s'inscrit d'ailleurs en décalage avec l'un des préceptes du Serment d'Hippocrate, prononcé par chaque médecin à la fin de ses études : "*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain*".

Par ailleurs, Nicolas Da Silva souligne dans l'un de ses travaux (58) que cette incitation financière peut créer un effet de distorsion, phénomène par lequel le médecin est amené à délaissé certaines tâches (écoute du patient, prévention, etc) non rétribuées, au profit d'activités valorisées par les indicateurs du paiement à la performance, conduisant à une diminution de la qualité des soins (performance idéale) au profit de ces indicateurs (performance mesurée).

Plusieurs économistes qui se sont intéressés à la thématique de la motivation décrivent également un effet de "crowding out", qui définit le phénomène par lequel l'introduction d'une motivation extrinsèque (comme le paiement à la performance) vient annihiler la motivation intrinsèque du sujet (ici, la motivation du médecin à améliorer la santé de ses patients). L'un des médecins nous rapportait que "*l'idée cachée de tout ça, c'est d'augmenter les rémunérations*" pour que les médecins soient "*obligés de faire ou de prescrire ce qu'on leur dira*". (72_19)

Un autre dénonce le fait que certains médecins soient devenus "*des bons petits soldats [rire gêné] de la Caisse et de l'ARS pour toucher le maximum d'émoluments*" (59_09).

Le CNOM lui, recommandait en 2009, que les patients soient informés des contreparties financières dont bénéficient les médecins participant à un système de paiement à la performance (59).

3.4.3. Un système qui ne tient pas compte des inégalités

La notion d'inégalité revient régulièrement dans les discours des médecins interrogés.

Une inégalité due à l'incapacité ou l'impossibilité du système de paiement à la performance d'intégrer tous les paramètres pouvant influencer l'atteinte des objectifs, sans que le médecin ne puisse agir sur ces paramètres.

Dans ce sens, nous avons déjà abordé le principe d'autonomie du patient, mais il n'est pas le seul à provoquer un biais dans l'évaluation des performances des médecins dans ce système.

Rappelons tout de même que l'un des principes fondateurs, figurant dans le serment d'Hippocrate, est l'idée même d'égalité des individus dans le soin.

3.4.3.1 L'inégalité des profils de patientèle

Parmi les facteurs non dépendants du médecin dans la réalisation ou non des objectifs de la ROSP, celui de la diversité des profils de patientèle est l'un des plus cités dans nos entretiens.

Par exemple, l'un des médecins interrogés reconnaît prescrire davantage de traitements antibiotiques que sa collègue du fait, dit-il, d'une patientèle plus âgée et donc plus immunodéprimée.

D'autres reconnaissent ne pas pouvoir accomplir les objectifs de pathologies chroniques de la ROSP du fait d'une patientèle insuffisamment conséquente sur certains indicateurs.

Enfin, certains rapportent des difficultés à convaincre les patients dits "difficiles" à réaliser les examens de dépistage ou de suivi préconisés par les Caisses d'Assurance Maladie.

Ceci vient confirmer les conclusions d'une étude économétrique réalisée auprès de médecins généralistes en Ile de France par Nicolas Da Silva en 2013 qui pointait les éléments suivants : plus la patientèle compte de patients en Affection Longue Durée (ALD), plus la réalisation des objectifs de la ROSP est simple du fait de la compliance de ces derniers et de l'adaptation de ces critères à ces situations. A contrario, les patients

disposant d'un niveau socio-économique faible ou disposant d'une Couverture Médicale Universelle complémentaire (CMU-c) rendent la réalisation de ces objectifs plus difficile (58).

La part de rémunération que représente la ROSP étant dépendante du taux d'atteinte de ces objectifs, dans le cadre d'une patientèle plus défavorisée, cette part est jugée négligeable et donc peu incitative.

3.4.3.2 L'inégalité des tailles de patientèle

Parmi les médecins mettant en avant les inégalités du système de ROSP, certains remettent en question le mode de calcul s'effectuant sur une patientèle dite "de référence", fixée arbitrairement à 800 patients déclarés médecin traitant.

Il faut rappeler que ce chiffre est issu d'une moyenne du rapport entre le nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant et le nombre de médecins en activité. En 2015, ce nombre était de 864 patients par médecin (60).

Dès lors, il est reproché à ce système de favoriser financièrement les patientèles de plus de 800 patients et de léser les "petites" patientèles : *"C'est que quand comme moi on a une activité avec une petite patientèle, [...] la rémunération n'est pas conséquente"* (49_05)

Rappelons que le fait de disposer d'une patientèle supérieure à 800 patients augmente le coefficient multiplicateur (ex : x 1,625 pour 1300 patients) et donc les revenus qui découlent de la ROSP.

Pour ces médecins, la taille de la patientèle est dépendante de la durée d'installation ou de choix personnels concernant leurs modalités d'exercice.

Les médecins ayant de petites patientèles ont globalement l'impression de favoriser l'écoute et la qualité du soin, et perçoivent dans la ROSP une mesure visant à récompenser les médecins faisant de *"l'abattage"*, pour qui l'impact de la ROSP sur les revenus est jugée négligeable.

3.4.3.3 L'inégalité en termes d'accès aux soins

Un autre reproche effectué par les médecins aux Caisses est l'absence de prise en compte de la démographie médicale. Dans les trois départements explorés, beaucoup de médecins déclarent avoir été confrontés à un problème d'accès aux soins, raison pour laquelle il leur est parfois difficile d'atteindre les objectifs de la ROSP. Parmi les exemples les plus régulièrement cités, on note la réalisation du fond d'œil et du frottis cervico-vaginal de dépistage.

Ces difficultés sont d'autant plus grandes lorsque le médecin exerce dans une zone sous médicalisée du fait de la distance géographique qui peut s'ajouter au manque de disponibilité des spécialistes. Ce ressenti a été confirmé par une étude du DRESS de 2009 confirmant que la majorité des inégalités de répartition des professionnels de santé étaient intra-territoriales et que cette problématique était majorée chez les spécialistes (61).

Même en zone correctement médicalisée, les médecins reconnaissent une fracture entre le milieu hospitalier et libéral.

Cette fracture se matérialise par un manque de communication et de coordination jugé préjudiciable au patient. Ils pointent du doigt la difficulté du système de santé à distinguer ce qui relève du médecin généraliste et du spécialiste.

Enfin, au cours de nos entretiens, nous avons utilisé le prétexte de la ROSP pour connaître les interactions qu'ont les médecins entre eux.

Il en ressort qu'une partie des médecins interrogés reconnaît ne pas avoir d'interaction avec leurs confrères soit par souhait, soit par impossibilité ressentie.

L'un des motifs qui explique cette difficulté est la désertification médicale conduisant à une surcharge de travail.

Certains de ces médecins évoquent d'ailleurs une volonté de travailler en pluridisciplinarité, la ROSP et les nouveaux modes de rémunérations leur apparaissent alors comme un moyen intéressant de valoriser ces relations.

4. Quelles conséquences ?

4.1. Sur la pratique

4.1.1. Un bilan élogieux de la part de la CPAM

Depuis 2012 et l'année de l'entrée en vigueur de la ROSP, la CNAM fournit tous les ans un bilan de l'impact de cette pratique sur la population des médecins bénéficiaires.

Ainsi, elle insiste sur le fait que, depuis la mise en place de cette mesure, le pourcentage de médecins atteignant les objectifs de la ROSP ne cesse d'augmenter, traduisant selon la CNAM *"l'amélioration de la qualité et de l'efficience du système de soins"* (8).

Il convient tout de même de préciser que cette progression n'est pas équilibrée selon les différents volets de ce dispositif. Ainsi, si les critères d'organisation du cabinet et d'efficience de prescription ont progressé respectivement de 22,4 et 26,3 points, les critères de prévention et de suivi des pathologies chroniques n'ont progressé que de 8,1 et 12 points, soit 2 à 3 fois moins.

La CNAM insiste également sur le fait que, contrairement aux autres pays bénéficiant d'un paiement à la performance, cette augmentation n'ait pas occasionné d'explosion du budget alloué à ce dispositif.

L'autre motif de satisfaction de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie vient de l'évolution des mentalités en ce qui concerne le principe de paiement à la performance.

Dans un bilan publié en 2014, on apprenait qu'en 2013, plus de 70% des Français étaient favorables à ce principe contre 55% en 2008 et que près de 60% des médecins interrogés étaient satisfaits de la Convention de 2011, contre 35% au moment de sa signature, d'après un sondage BVA de 2013 (11).

Ce sentiment semble se confirmer puisqu'en 2016, la CNAM affirme par le biais des résultats d'une nouvelle étude d'opinion qu'une *"majorité significative et croissante (de médecins, ndlr), reconnaît désormais à ce dispositif conventionnel un impact réel sur l'évolution de leurs pratiques"* selon un sondage BVA commandé en 2015) (8).

Ce constat contraste avec le ressenti recueilli auprès des médecins au cours de ce travail, ce qui nous amène à conclure que si les médecins consentent à suivre les préconisations de la ROSP, ce n'est pas par conviction mais plus par nécessité, ou par attrait financier.

4.1.2. Un impact sur la santé négligeable, un impact sur les pratiques parfois nul

Un nombre important de médecins a jugé la ROSP sans impact sur leur pratique, ou dérisoire vis à vis des enjeux de santé publique.

Les raisons invoquées sont multiples : beaucoup des médecins interrogés se trouvent *"à l'aise avec [leur] pratique"*, d'autres jugent les changements inopérants.

Si nous reprenons l'exemple de l'impact de la ROSP sur la prescription des benzodiazépines à demi-vie longue à travers l'étude citée plus haut, on note que l'impact sur ces prescriptions est réel mais n'englobe pas la totalité des changements espérés.

Par ailleurs, d'autres études viennent nuancer l'impact du paiement à la performance sur l'amélioration de la santé des patients. Pour reprendre le parallèle avec l'expérience britannique, une étude du Lancet s'est intéressée aux statistiques de morbi-mortalité au Royaume Uni entre 1994 et 2010, période qui englobe la mise en place du QOF en 2004. Bien que la littérature reconnaît que ces mesures peuvent avoir des résultats jugés "modestes" sur l'amélioration de la prise en charge des patients, les conclusions de cette étude sont que le QOF n'a pas mis en évidence de réduction de la mortalité des populations, que ce soit pour les maladies visés ou non visés par ce dispositif.

Si ce type de résultats venait à être confirmé par d'autres études, l'argument de l'amélioration des pratiques sous-tendant la mise en place des expériences de paiement à la performance pourrait être remis en question.

D'un autre côté, cette absence d'impact ressentie a été évoquée par un travail de 2014 sur la limitation des prescriptions par les médecins généralistes (62) dans lequel, parmi les raisons citées, aucun des médecins n'évoque la ROSP ou le CAPI.

L'auteur suggère que l'objectif de ces mesures n'est peut-être pas perçu, ou bien est rejeté par les médecins. Les réactions de la majorité des médecins de notre échantillon soutiennent cette théorie, même si un certain nombre d'entre eux citent la volonté de faire des économies ou d'améliorer les prises en charge comme raisons ressenties de la mise en place de la ROSP.

4.1.3. Un impact parfois positif

D'autres médecins reconnaissent un impact jugé "positif". Ils modifient leurs pratiques, et la motivation à opérer ces changements est en grande partie liée à l'intérêt pour le patient. En outre, ils déclarent ressentir une certaine satisfaction à faire progresser leurs indicateurs de la ROSP.

Plusieurs de ces médecins estiment également qu'une mesure incitative permet au médecin de *"ne pas de se décourager sur le suivi des maladies chroniques"* (49_16) et que cela lui évite de tomber dans *"une routine"* (53_08).

Enfin, ils reconnaissent à cette mesure sa capacité à mettre en lumière les aspects de la prise en charge médicale pour lesquels les médecins sont insuffisamment performants. Cela les incite à réfléchir à leur pratique et rechercher un moyen d'améliorer leurs lacunes.

Si l'on se fie aux bilans de la CNAM à 4 ans de la mise en place de la ROSP, cet impact se traduit par une augmentation progressive du taux d'atteinte des critères.

Nous avons vu plus haut qu'une enquête d'opinion (Sondage BVA réalisé en décembre 2015 pour la CNAMTS : *"Perception des médecins sur la convention de 2011"*) avait mis en évidence qu'une grande majorité des médecins interrogés (plus de 80%) avaient fait évoluer leurs pratiques dans le sens de la ROSP (8). La CNAM considère que ces évolutions se font dans le *"bon sens"*, ce qui correspond à l'avis d'une partie des médecins de notre échantillon.

Toutefois, cette enquête n'explore pas les motivations de ces médecins à faire évoluer leur pratique. Au vu des propos recueillis lors de nos entretiens, il est légitime de penser que l'intérêt financier peut être l'une de ces motivations.

4.2. Sur la rémunération

Si la majorité des médecins interrogés perçoit davantage la ROSP comme une compensation financière, souvent décrite comme palliative à la non augmentation du tarif de consultation, très peu évoquent dans leurs réponses la volonté d'une majorité des pays de l'OCDE de mettre en place de nouveaux modes de rémunération (5)(13)(34)(63).

A la question abordant leurs attentes concernant l'évolution du mode de rémunération des médecins libéraux, un grand nombre de médecins souhaitent une majoration du prix de la consultation ; cette réponse est révélatrice de l'attachement à la rémunération à l'acte des médecins français (64).

Ce type de paiement est en effet l'un des socles de la médecine libérale en France. En 1928, il est défini comme l'un des cinq piliers de la médecine libérale par l'assemblée constitutive de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (13).

Dans notre échantillon, cette pensée est plus présente chez les praticiens les plus âgés, comme le mettait déjà en évidence un article de la revue française des affaires sociales en 2011 (2). Selon une autre étude réalisée la même année, cette fracture générationnelle serait en grande partie liée aux écarts de sélectivité au début des études, en raison des variations de *Numerus Clausus* (30).

Certains médecins, conscients que la rémunération à l'acte favorise la répétition de consultations courtes, souhaitent une évolution de ce système, en mettant en place une hiérarchisation de la complexité des actes et du niveau de rémunération s'y rapportant. Selon eux, cette évolution permettrait de favoriser une approche plus qualitative de la médecine, sans écarter le paiement à l'acte.

La notion de culpabilité vis à vis du paiement à la performance, que nous avons évoquée plus haut, peut aussi être lue à travers le prisme de ce profond attachement au paiement à l'acte, toute rémunération qui sort de ce système de financement étant considérée comme non méritée par le médecin : *"De manière générale, je pense qu'on est rémunérés pour quelque chose qu'on devrait faire même sans rémunération"* (53_01).

D'autres médecins, jeunes pour la plupart, étaient plus sceptiques vis à vis de la rémunération à l'acte: ils disent ne pas se sentir valorisés dans leur activité par ce type de rémunération, qui favorise d'après eux *"la multiplication d'actes faciles"*.

Pour résoudre cette problématique, confirmée par de nombreux économistes (5) (13), les propositions des médecins sont diverses.

Certains approuvent l'évolution actuelle avec une part mixte, associant à l'acte des rémunérations forfaitaires et du paiement à la performance. D'autres, plus minoritaires, sont favorables à un paiement à la capitation exclusif.

A l'autre bout du spectre des propositions, certains évoquent le salariat : les raisons étaient là aussi assez variées, allant d'une adhésion idéologique à ce mode de rémunération, jusqu'à un discours assez négatif sur le ressenti de leur travail actuel, souvent décrit comme trop administratif. Un poste salarié pourrait alors leur permettre de se recentrer sur la clinique, voire améliorer leur qualité de vie.

Un discours minoritaire dans notre échantillon doit cependant être relevé. Il traduit une fracture vis à vis des autres professionnels de santé, qu'ils soient médecins hospitaliers ou spécialistes libéraux. Certains médecins parlant même de "*décalage énorme*" sur le plan de la rémunération.

D'après ces médecins, au vue de la volonté des pouvoirs publics de confier au médecin généraliste la coordination des soins, il semble logique que ce dernier soit "*dans l'échelle de valeur sociale, mieux rémunéré que ceux qu'il commande*" (72_13).

4.3. Quel avenir pour la ROSP ?

Compte tenu des premiers constats quant à l'efficacité jugée modeste du QOF sur l'amélioration de la prise en charge des patients, et le surcoût qu'a occasionné ce dispositif en Grande Bretagne (plus de 300 millions de livres sterling au cours de la première année, en raison d'une atteinte des objectifs sous-estimée initialement) (65), on observe dès 2008, un fléchissement de ce système visant à réduire le nombre de critères.

Les motivations de cette réduction sont l'atteinte des objectifs initiaux, la suppression des critères jugés obsolètes et le recentrage sur des critères estimés insuffisants (66).

De plus, de nombreuses voix s'élèvent afin de privilégier des initiatives locales tenant compte à la fois des profils de patientèles, et des problématiques spécifiques à un bassin de population.

C'est ainsi que le nombre d'indicateurs est passé entre 2004 et 2016 de 146 à 74, le nombre de point de 1050 à 659, et la valeur du point de 124,64 £ à 135,06 £.

Des discussions sont actuellement en cours entre le GPC (General Practitioner Committee) et le gouvernement afin de mettre fin au QOF en Avril 2017 (67). Néanmoins, les expérimentations d'abandon du QOF comme le Somerset Practice Quality Scheme (SPQS) n'ont pas montré de diminution de la qualité des soins (68).

Comme nous le rappelons depuis le début de ce travail de thèse, la fondation du CAPI puis de la ROSP, repose sur le QOF. Si leurs existences sont liées, la fin du P4P britannique est-elle le chant du cygne ?

La nouvelle convention médicale signée le 25 Août 2016 pour 5 ans nous apporte quelques éléments de réponse. Elle prévoit un maintien de la ROSP selon les mêmes modalités que la version précédente, à quelques différences près.

La première concerne les indicateurs. Si leur nombre n'a pas changé (29 indicateurs), ils sont désormais exclusivement destinés à la pratique médicale aux dépens des indicateurs d'organisation du cabinet (annexe V). On constate également une disparition des objectifs dit "chiffrés" et une baisse du nombre de critères déclaratifs.

La seconde est le nombre de points. Si la valeur du point reste fixée à 7 euros, le nombre total de points est abaissé à 1000 points. Ceci représente une diminution de gain potentiel de 2100 euros annuels pour les médecins généralistes (sur la base d'une patientèle de référence de 800 patients).

Paradoxalement, nous avons vu que les rapports de la Caisse d'Assurance Maladie sont élogieux en ce qui concerne ce dispositif en termes d'amélioration des pratiques cliniques et d'amélioration de la rémunération des médecins généralistes. Alors, pourquoi ces changements ?

Le point clé de cette nouvelle convention médicale qui entrera en vigueur au 1er Janvier 2017 est l'augmentation du tarif de l'acte de base, le C.

Cette augmentation, passe par une majoration de 2 euros appelée "majoration médecin généraliste" ou MMG. Elle s'ajoutera de manière automatique au C lors de la saisie des honoraires. On note plus largement une revalorisation des cotations spécifiques et du montant des forfaits.

On peut alors penser, comme l'avaient signalé plusieurs médecins, que la ROSP avait seulement pour objectif de revaloriser de façon déguisée le montant de la consultation sans céder aux demandes d'augmentation du paiement à l'acte, jugé par certains comme inadapté à l'évolution des pratiques et de la démographie médicale.

On peut également supposer que les différentes publications remettant en cause le paiement à la performance et les effets positifs de la ROSP ont pu influencer les caisses dans l'élaboration du programme 2016-2021.

Si la CPAM n'évoque aucune de ces pistes dans son rapport, les caisses reconnaissent tout de même des limites à la première version de la ROSP. Elles insistent ainsi sur la nécessité "*d'améliorer la réactivité globale du dispositif*" pour "*assurer une adaptation rapide des indicateurs aux évolutions des données de la science*" (18).

La dernière Convention Médicale prévoit même une évolution du dispositif en cours de Convention sans recours à un avenant. Cette évolution peut se faire de trois manières : modification, retrait ou ajout de critères selon le souhait des partenaires conventionnels.

Elle précise également, contrairement à la précédente Convention, que les critères ont été élaborés "*conjointement par les parties signataires*" (18).

Dès lors, il apparaît clair que ces réponses visent à favoriser l'adhésion au dispositif des médecins qui lui reprochaient avant tout l'absence de prise en compte de l'évolution des connaissances et le manque de fiabilité du mode de recueil déclaratif.

Cependant, comme nous le signalions, une partie des médecins reconnaît avoir adhéré à ce système dans un but comptable, et on peut craindre que la baisse de rémunération représentée par la ROSP et l'augmentation du tarif de consultation viennent davantage alimenter le rejet ou tout au moins le manque d'intérêt pour ce dispositif.

CONCLUSION

Ces entretiens et leur analyse apportent quelques éléments de réponse à notre question initiale : *Quelles sont les raisons de l'adhésion ou du refus de la ROSP par les médecins généralistes, et la perçoivent-ils comme une réponse adéquate aux problématiques de rémunération et à l'amélioration des pratiques ?*

On s'aperçoit ici que les raisons exprimées du refus de la ROSP sont proches de celles évoquées dans les précédentes études publiées sur le sujet.

Ainsi, le choix des critères et leur manque d'évolutivité, le recueil et son manque de fiabilité, le principe même de performance au sein de la médecine générale et les impacts éthique et déontologique sont les principaux griefs à l'encontre de cette mesure.

La littérature s'efforce d'ailleurs de nous apporter des explications sur ce ressenti.

D'un autre côté, les raisons exprimées de l'adhésion à ce dispositif sont diverses. On constate que l'adhésion d'une partie des médecins à ce dispositif relève d'une volonté d'amélioration de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques, mais que la majeure partie des médecins reconnaissent avant tout une rémunération compensatoire. Pour ces derniers, cette rémunération est bienvenue dès lors qu'elle augmente les revenus des médecins (du fait de la stagnation du tarif de consultation), qu'elle apporte une réponse financière à l'augmentation du travail administratif ou qu'elle réduit les inégalités de revenus entre médecins en valorisant le travail vertueux.

Ils reconnaissent malgré tout les mêmes limites à ce système.

Enfin, il existe un entre-deux. Il s'agit de médecins pour qui la ROSP n'est qu'une disposition de la Convention, et qui ne participent pas de manière active à l'accomplissement des tâches demandées par ce dispositif.

Au final, ce qui ressort de cette étude, c'est qu'il existe une multitude de profils de médecins selon qu'ils favorisent l'aspect financier, déontologique ou pratique. C'est possiblement cette singularité qui rend extrêmement compliquée la "normalisation" de la médecine générale, et conduit une majorité de médecins à rejeter ce concept pour des raisons diverses.

Pourtant, les données fournies par les Caisses semblent contredire ces conclusions. En effet, la CNAM constate une progression constante dans l'atteinte des objectifs depuis la mise en place de cette mesure, et les médecins eux-mêmes reconnaîtraient l'impact de la ROSP sur leur pratique.

Forte de ce succès, la ROSP est donc reconduite pour 5 années supplémentaires (2016-2021). La CNAM a tout de même concédé quelques rectifications sur les objectifs et leur recueil afin de satisfaire les médecins et de favoriser l'adhésion.

Cependant, ces adaptations se font au prix d'une diminution de la rémunération allouée à la ROSP, ce qui risque d'avoir pour conséquence de réduire son intérêt auprès de nombreux médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Union nationale des caisses d'assurance maladie, Confédération des Syndicats Médicaux Français, Fédération Française des Médecins Généralistes, Syndicat des Médecins Libéraux. Convention Nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 Juillet 2011 [Internet]. 2011. Disponible sur: www.csmf.org/upload/File/Conv_med/conv_med_annexes_110726.pdf
2. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? Revue française des affaires sociales. 2011;(2-3):123-55.
3. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les Tribunes de la santé. 2013;40(3):45.
4. Laurent F. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ? [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine]. Faculté de médecine Versailles Saint Quentin en Yvelines; 2013. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Thèse%20à%20imprimer.pdf>
5. Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique. Mode de rémunération des médecins. Trésor-Eco. 2008;(42):1-8.
6. CPAM de l'Aube. Le CAPI [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.cpam-aube.fr/medecins/documents/5-maitrise_medicalisee_depenses/capi.pdf
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « CAPI » : Le NON du CNOM : Tels qu'ils sont, ils contreviennent à la déontologie [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/%C2%AB-capi-%C2%BB-le-non-du-cnom-tels-qu-ils-sont-ils-contreviennent-la-deontologie-654>
8. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique - Bilan à 4 ans [Internet]. 2016 p. 38. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf
9. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux 2014 [Internet]. 2016 p. 2. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/actualites/communiqués/2016/bnc2014.pdf>

10. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) un an après. 2013.
11. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, deux ans après [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.thinktank-economiesante-blog.fr/data/document/cnam-bilan-rosp-2-ans-2013-avril-14.pdf>
12. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique - Bilan à 3 ans [Internet]. 2015. Disponible sur: www.apmnews.com/documents/201504241643440.Bilan_ROSP_2014.pdf
13. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 2009;(5):144-58.
14. Rochaix L. Les modes de rémunération des médecins. Revue d'économie financière. 2004;76(3):223-39.
15. Samson A-L. Les revenus des médecins généralistes - Trois études microéconométriques [Internet] [Thèse de doctorat en Sciences Economiques]. Université de Paris Ouest - Nanterre La Défense; 2008. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00351794/document>
16. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. The Lancet. 2016;388(10041):268-74.
17. Conseil Scientifique du Conseil National des Généralistes Enseignants. Quelle performance pour le paiement à la performance ? [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/quelle_performance_pour_le_paiement_la_performance/
18. Union nationale des caisses d'assurance maladie, Fédération Française des Médecins Généralistes, MG France, Le Bloc. Convention Nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 Aout 2016. 2016.
19. Nifenecker R. Une approche des raisons du refus d'adhérer au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition. [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine]. Faculté de médecine Rennes 1; 2011. Disponible sur: www.fmcdinan.org/article-these-sur-le-capi-85434635.html
20. Andriantsehoanarinalala L. Les médecins ayant refusé la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) / Paiement à la Performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [Internet]

[Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Montpellier 1; 2014. Disponible sur : www.atoute.org/images/2014/these%20refus%20ROSP%20-%20ANDRIAN.pdf

21. Leicher C. Le médecin libéral en 2010. *Les Tribunes de la santé*. 2010;28(3):55.
22. Lefevre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique ? [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine]. Faculté de Médecine de Rouen; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081665/document>
23. Dunet B. Quelle est l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la pratique des médecins Généralistes ? [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine]. Faculté de Médecine Angers; 2015. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117147/2015MCEM5154/fichier/5154F.pdf>
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
25. Ministère des affaires sociales et de la santé. data.DREES [Internet]. 2016 [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
26. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*. 2005;n°1(1):59-81.
27. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Revue française des affaires sociales*. 2005;n°1(1):35-58.
28. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. INPES, Évaluations en prévention et en éducation pour la santé. 2008;10.
29. Direction Délégué à la Gestion et à l'Organisation des Soins (CNAMTS). Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des médecins traitants. 2015.
30. Dormont B, Samson A-L. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France. *Revue française des affaires sociales*. 2011;(2-3):156-79.
31. Direction de la Recherche des Etudes et Evaluation et Statistiques. Les revenus des médecins libéraux. In: *Portrait des professionnels de santé*. 2016. p. 58-67.

32. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins. In: Les comptes de la Sécurité Sociale. 2015. p. 132-5.
33. OCDE. Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris; 2015. (Editions OCDE). Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
34. INSERM, HAS, Ministère de la Santé. Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives - Projet COMPAQH. 2008 p. 36.
35. ISD Scotland, NHS England. Summary of available QOF points and pounds, by year [Internet]. 2016 [cité 1 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/General-Practice/Quality-And-Outcomes-Framework/QOF-Points-Pounds-Available-Summary.asp>
36. Centre d'analyse stratégique- République Française. Nouvelles approches de la prévention en santé publique - L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences [Internet]. 2010. Disponible sur : <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/nouvelles-approches-de-la-prevention-en-sante-publique-%E2%80%99apport-des-sciences-comportementa-0.html>
37. Rat C, Penhouet G, Gaultier A, Chaslerie A, Pivette J, Nguyen JM, et al. Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices? BMC Health Services Research [Internet]. 2014;14(1). Disponible sur : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-301>
38. Prescrire rédaction. Des objectifs rémunérés sans améliorer la qualité des soins. Revue Prescrire. 2015;35(380):456.
39. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée. [Internet]. 2016 [cité 20 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php>
40. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. 2010. (Presses de l'EHESP).
41. Charles-Pauvers B, Comeiras N, Peyrat-Guillard D, Roussel P. Les déterminants psychologiques de la performance au travail. Un bilan des connaissances et proposition de voies de recherche. 2006; Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00096949/>

42. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of Patients from Pay-for-Performance Targets by English Physicians. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(3):274-84.
43. Da Silva N. Les médecins sont ils intéressés à l'interressement ? [Internet]. *Revue du MAUSS permanente*; 2012. Disponible sur: <http://www.journaldumauss.net/?Les-medecins-sont-ils-interesses-a>
44. Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi: dépression et société*. Odile Jacob; 1998.
45. Comité Consultatif National d'Éthique. Performance et santé - Avis numéro 81 [Internet]. 2003. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/performance-et-sante>
46. Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press; 1970. 440 p.
47. Lamau M-L. Le recours au principe d'autonomie en éthique clinique. *Revue d'éthique et de théologie morale*. 2005;234(2):63.
48. Hankins M, Fraser A, Hodson A, Hooley C, Smith H. Measuring patient satisfaction for the Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract*. 2007;57(542):737-40.
49. Orfali K. L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique. *Revue française des affaires sociales*. 2002;n° 3(3):103-24.
50. Bleyer A, Welch HG. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(21):1998-2005.
51. Harding C, Pompei F, Burmistrov D, Welch HG, Abebe R, Wilson R. Breast Cancer Screening, Incidence, and Mortality Across US Counties. *JAMA Intern Med*. 2015;175(9):1483-9.
52. Haute Autorité de Santé. Le patient internaute (Revue de la littérature) [Internet]. 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_607171
53. Saint-Lary O. Paiement à la performance et soins primaires: étude des tensions éthiques liées à son introduction [Internet] [Thèse de doctorat d'éthique médicale]. Université René Descartes-Paris V; 2014. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01192765/>
54. Saint-Lary O, Leroux C, Dubourdiou C, Fournier C, Francois-Purssell I. Patients' views on pay for performance in France: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2015;65(637):e552-9.

55. Da Silva N. Instituer la performance - Une application au travail du médecin [Internet] [Thèse de doctorat en Sciences Economiques]. Université de Paris Ouest - Nanterre La Défense; 2014. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2014PA05D021>
56. Da Silva N. Instituer la performance. Une application au travail du médecin. Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs [Internet]. 2015;(17). Disponible sur: <https://regulation.revues.org/11074>
57. Champy F. Nouvelle théorie sociologique des professions. Presses Universitaires de France; 2011.
58. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Revue du MAUSS. 2013;41(1):93.
59. Conseil National de l'Ordre des Médecins. CAPI et déontologie médicale [Internet]. 2009 [cité 9 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/capi-et-deontologie-medicale-899>
60. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Réunion du 1er juin 2016 - Médecin traitant [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
61. Barlet M, Collin C. Localisation des professionnels de santé libéraux. In: Comptes nationaux de la santé 2009. 2009.
62. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. Santé Publique. 2014;26(3):323-30.
63. Samson A-L. Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire. Journal d'économie médicale. 2011;29(5):247-69.
64. Abecassis P, Domin J-P. Comment les omnipraticiens expliquent-ils leurs pratiques tarifaires ? Quelques paradoxes de la politique de santé. Politiques et management public [Internet]. 2011;(Vol 28/1). Disponible sur : <https://pmp.revues.org/4137>
65. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt ? BMJ. 2016;i4060.
66. NHS England. 2016/17 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF) [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Primary%20care%20contracts/QOF/2016-17/2016-17%20QOF%20guidance%20documents.pdf>

67. Matthews-King A. QOF could be scrapped « in its entirety » by next year [Internet]. Pulse Today. 2016 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur : <http://www.pulsetoday.co.uk/hot-topics/gp-contract-2016/17/qof-could-be-scrapped-in-its-entirety-by-next-year/20031182.fullarticle>
68. NHS England, SW Academic Health Science Network (AHSN), SW Peninsula CLAHRC (Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care). An Evaluation of the Somerset Practice Quality Scheme (SPQS) [Internet]. 2015 p. 114. Disponible sur: <http://www.swahsn.com/wp-content/uploads/2016/06/Evaluation-of-the-Somerset-Practice-Quality-Scheme-July-2015.pdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 7 : Répartition des médecins de l'échantillon par tranches d'âges

Figure 8 : Répartition des médecins de l'échantillon par lieu d'exercice

Figure 9 : Répartition des médecins de l'échantillon par mode d'exercice

Figure 10 : Répartition des médecins de l'échantillon selon le nombre déclaré de consultations hebdomadaires

Figure 11 : Comparaison de la répartition par tranches d'âges de l'échantillon et de la population étudiée (25)

Figure 12 : Comparaison de la répartition hommes/femmes de l'échantillon et de la population étudiée (25)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	2
RESUME.....	4
INTRODUCTION	5
MATERIEL ET METHODE	9
RÉSULTATS	13
1. Démographie de l'échantillon	13
2. Analyse qualitative des entretiens.....	15
2.1. Raisons ressenties de la mise en place de la ROSP.....	15
2.1.1. Compenser la stagnation du tarif de la consultation et répondre aux demandes de revalorisation	15
2.1.2. Contrôler les pratiques.....	15
2.1.3. Evoluer vers une autre forme de rémunération.....	16
2.1.4. Faire des économies de santé.....	16
2.1.5. Faire évoluer les pratiques médicales	17
2.1.6. Raisons politiques ou administratives	17
2.2. Adhésion à la ROSP	17
2.2.1. Adhésion au principe de paiement à la performance	17
2.2.2. Adhésion à un ou des critères.....	17
2.2.3. Attrait financier de la ROSP	18
2.2.4. Proposition de nouveau(x) critère(s)	18
2.3. Les raisons du rejet actif ou passif de la ROSP	19
2.3.1. Désintérêt-indifférence	19
2.3.1.1 Absence d'avis.....	19
2.3.1.2 Inexpérience du médecin.....	19
2.3.1.3 Manque d'intérêt financier	19
2.3.1.4 Non choix de la ROSP.....	20
2.3.1.5 Participation passive à la ROSP	20
2.3.1.6 Préférence pour la formation médicale	20
2.3.2. Problématique du recueil de données	20
2.3.2.1 Manque de fiabilité.....	20
2.3.2.2 Cautionnement par le délégué de la CPAM.....	21
2.3.2.3 Outils inadaptés.....	21
2.3.2.4 Méconnaissance du système de recueil	22
2.3.3. Rejet des critères	22
2.3.3.1 Rejet des critères administratifs	22
2.3.3.2 Critères non adaptés à la réalité de la pratique médicale.....	22
2.3.3.3 Remise en cause du bien-fondé scientifique des critères	23
2.3.4. Rejet du concept de paiement à la performance	23
2.3.4.1 Infantilisation	23
2.3.4.2 Paiement illégitime-culpabilité.....	24
2.3.4.3 Conception administrative et politique.....	24
2.4. Conséquences de la ROSP	25
2.4.1. Effets négatifs de la ROSP	25
2.4.1.1 Contraintes de prescriptions.....	25

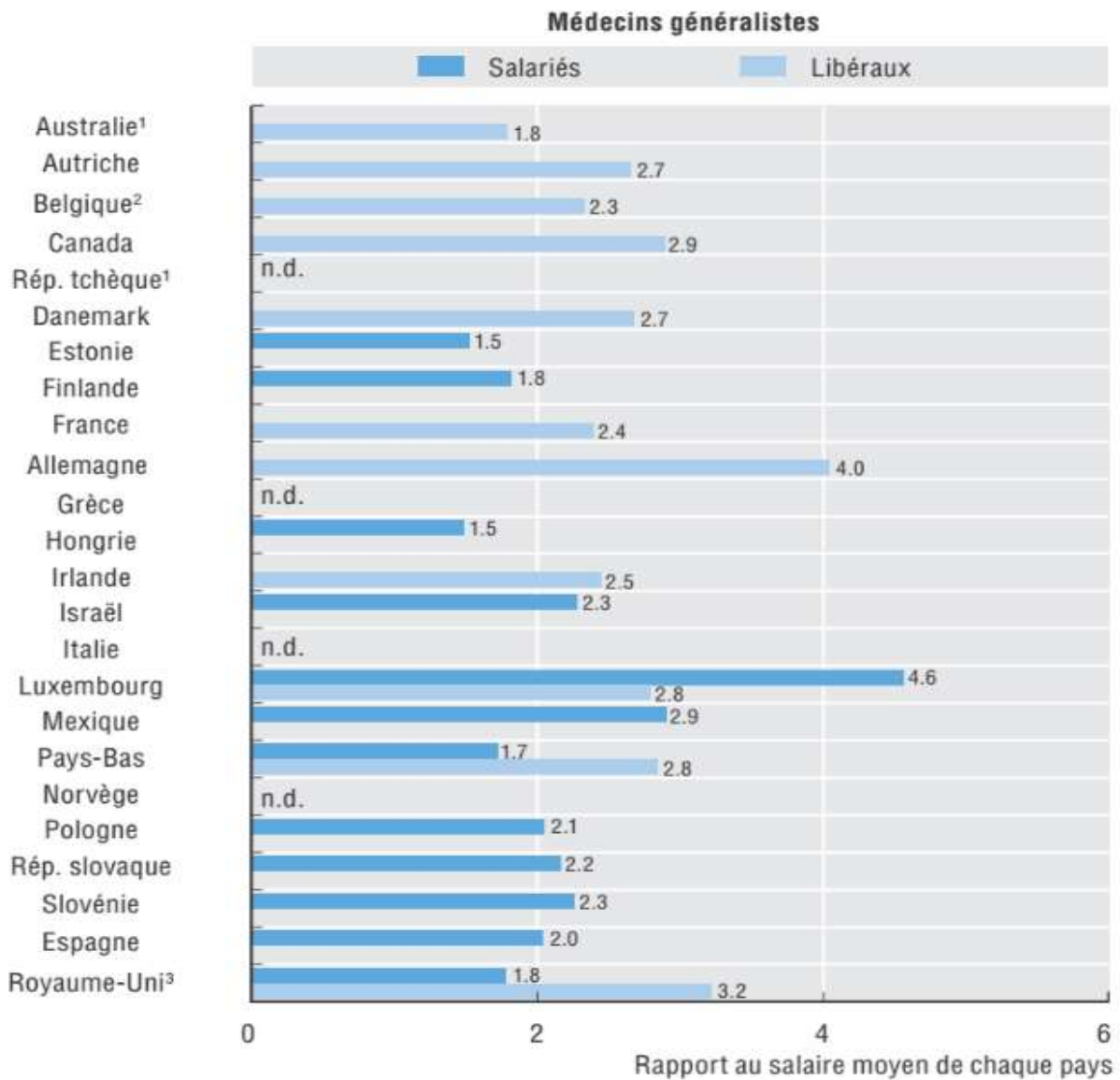
2.4.1.2	Inflationnisme	25
2.4.1.3	Sélection de la patientèle.....	25
2.4.1.4	Tricherie	26
2.4.1.5	Ingérence de l'assurance maladie	26
2.4.2.	Modification de la pratique	26
2.4.2.1	Absence d'impact sur la pratique	26
2.4.2.2	Impact positif sur la pratique	27
2.4.2.3	Remise en cause de l'éthique et de la déontologie	28
2.4.2.4	Modification des rapports avec l'assurance maladie - rôle des délégués de l'Assurance maladie.....	28
2.5.	Limites d'applicabilité de la ROSP	28
2.5.1.	Inégalités des territoires de santé	28
2.5.1.1	Disparités d'accès aux soins.....	28
2.5.1.2	Disparités des profils de patientèle	29
2.5.1.3	Coordination avec les spécialistes	29
2.5.2.	Problématiques du médecin généraliste	30
2.5.2.1	Surcharge de travail.....	30
2.5.2.2	Fracture générationnelle.....	30
2.5.2.3	Fracture Libéral – Hospitalier	31
2.5.2.4	Manque de considération	31
2.5.3.	Relation médecin patient.....	32
2.5.3.1	Confrontation aux exigences et aux représentations des patients.....	32
2.5.3.2	Indépendance du patient	32
2.5.3.3	Déshumanisation - Protocolisation - Obligation de rentabilité.....	33
2.6.	Perspectives d'évolution du système de santé à travers la rémunération... 33	
2.6.1.	Aspirations quant au mode de rémunération	33
2.6.1.1	Majoration du tarif de la consultation	33
2.6.1.2	Hiérarchisation de la nomenclature	34
2.6.1.3	Remise en cause du paiement à l'acte exclusif	34
2.6.1.4	Salariat.....	34
2.6.1.5	Paiement à la performance	35
2.6.1.6	Capitation	35
2.6.1.7	Rémunération mixte.....	35
2.6.1.8	Adhésion au mode de rémunération actuel	36
2.6.2.	Souhaits et craintes vis-à-vis du devenir du système de santé.....	36
2.6.2.1	Attachement aux valeurs libérales	36
2.6.2.2	Rejet du tiers payant.....	36
2.6.2.3	Crainte de l'inféodation aux mutuelles.....	37
2.6.2.4	Désir de pluridisciplinarité.....	37
DISCUSSION		39
1.	Analyse critique de notre travail	39
1.1.	Choix de la méthode qualitative.....	39
1.2.	Echantillon des médecins interrogés	39
1.2.1.	Recrutement.....	39
1.2.2.	Démographie des médecins interrogés	40
1.3.	Guide d'entretien	42
1.4.	Déroulement des entretiens.....	42
1.5.	Analyse des données.....	43

2.	Pourquoi adhérer à la ROSP ?	43
2.1.	L'intérêt financier comme principal vecteur d'adhésion	43
2.1.1.	Rappel du mode de calcul	43
2.1.2.	Une rémunération compensatoire ?	44
2.1.3.	Une part grandissante des revenus des médecins généralistes	45
2.1.4.	Une rémunération inférieure à celle des pays voisins ?	46
	2.1.4.1 Comparatif des revenus des médecins généralistes de l'OCDE	46
	2.1.4.2 Comparaison entre la ROSP et le QOF	46
2.2.	L'amélioration des pratiques médicales en ligne de mire	48
2.2.1.	Un objectif d'harmonisation des pratiques	48
2.2.2.	Favoriser le dépistage et la prévention	48
2.2.3.	Favoriser l'efficacité en matière de prescription	48
2.2.4.	Favoriser le travail pluridisciplinaire	49
3.	Pourquoi rejeter la ROSP ?	50
3.1.	L'idée même de performance	50
3.1.1.	Le médecin généraliste, un praticien libéral singulier	50
3.1.2.	La définition de la performance et ses dérives	50
3.1.3.	Comment juger la performance d'un tel dispositif ?	52
	3.1.3.1 Le patient, seul juge de la performance du médecin ?	52
	3.1.3.2 L'exemple des modèles britannique et américain	52
3.1.4.	Une mesure infantilisante, voire illégitime ?	53
3.1.5.	Un dispositif inadapté à l'exercice de la médecine générale ?	53
3.2.	Critiques des critères	54
3.2.1.	Remise en cause du bien-fondé scientifique des indicateurs	54
3.2.2.	Préférence pour les formations et les recommandations des sociétés savantes	54
3.2.3.	Absence d'évolutivité de la ROSP	55
3.3.	Le manque de fiabilité	55
3.3.1.	Caractère déclaratif	55
3.3.2.	Des difficultés techniques	55
3.4.	Les limites du système	56
3.4.1.	La relation médecin-malade ne peut pas être "protocollisée"	56
	3.4.1.1 Le patient perçu comme un individu autonome	56
	3.4.1.2 Le médecin, seul détenteur du savoir médical ?	57
3.4.2.	L'idée d'un conflit d'intérêt	58
	3.4.2.1 Conflit d'intérêt entre médecins et caisses	59
	3.4.2.1.1 Les économies de santé, cheval de bataille des caisses	59
	3.4.2.1.2 Un motif difficilement accepté par les médecins	59
	3.4.2.2 Conflit d'intérêt éthique	60
3.4.3.	Un système qui ne tient pas compte des inégalités	61
	3.4.3.1 L'inégalité des profils de patientèle	61
	3.4.3.2 L'inégalité des tailles de patientèle	62
	3.4.3.3 L'inégalité en termes d'accès aux soins	62
4.	Quelles conséquences ?	63
4.1.	Sur la pratique	63
4.1.1.	Un bilan élogieux de la part de la CPAM	63
4.1.2.	Un impact sur la santé négligeable, un impact sur les pratiques parfois nul	64
4.1.3.	Un impact parfois positif	65
4.2.	Sur la rémunération	66
4.3.	Quel avenir pour la ROSP ?	68

CONCLUSION 71
BIBLIOGRAPHIE..... 73
LISTE DES FIGURES 80
TABLE DES MATIERES 81
ANNEXES..... I

ANNEXES

ANNEXE I : Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2013 (ou année la plus proche) (33)



ANNEXE II : Progression des indicateurs entre 2012 et 2015. (8)

Volets	Taux d'atteinte 2012	Taux d'atteinte 2013	Taux d'atteinte 2014	Taux d'atteinte 2015	Progression 2012/2014	Progression 2014/2015
Le suivi des maladies chroniques	50,3%	56,7%	58,9%	60,6%	+ 10,3 points	+ 1,7 point
La prévention	35,1%	40,4%	41,0%	42,1%	+ 7,0 points	+ 1,1 point
La prescription	56,0%	64,1%	69,9%	76,1%	+ 20,1 points	+ 6,2 points
L'organisation du cabinet	63,3%	76,3%	80,9%	83,3%	+ 20,0 points	+ 2,4 points

ANNEXE III : indicateurs d'organisation du cabinet médical (ROSP 2011 - 2016) (1)

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en C ¹	Type d'indicateur	Périodicité
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle	75	525	Déclaratif	Annuelle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié ²	50	350	Déclaratif	Annuelle
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75	525	Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50	350	Déclaratif	Annuelle
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour chaque patient ³	150	1050	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		400			

¹ Pour un taux de réalisation de 100 %.

² Ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte-rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.

³ Cet indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants. Au-delà, la rémunération est pondérée en fonction du rapport entre la patientèle réelle et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

ANNEXE IV : Indicateurs de qualité de la pratique médicale (ROSP 2011-2016) (1)

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interim.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périodicité
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	54 %	≥ 65 %	10 patients	30	210 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	≥ 90 %	10 patients	15	105 €	Déclaratif	Annuelle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	60 %	≥ 80 %	10 patients	25	175 €	Déclaratif	Annuelle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	≥ 90 %	10 patients	10	70 €	Déclaratif	Annuelle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	65 %	≥ 80 %	10 patients	25	175 €	Déclaratif	Annuelle

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interm.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périodicité
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	68 %	≥ 80 %	10 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	65 %	≥ 75 %	10 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	52 %	≥ 65 %	10 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	50 %	≥ 60 %	20 patients	40	280 €	Déclaratif	Annuelle
TOTAL						250	1 750 €		
Prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	62 %	≥ 75 %	20 patients	20	140 €	Calculé	Mensuelle**

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interim.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périodicité
Vaccination antigrippale	Cancer du sein	Nombre de patientes MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblées par la campagne de vaccination et vaccinées, rapporté à l'ensemble des patientes MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblées par la campagne de vaccination	62 %	≥ 75 %	10 patientes	20	140 €	Calculé	Mensuelle**
		Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	70 %	≥ 80 %	20 patientes	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patientes MT âgées de plus de 65 traitées, rapporté au nombre des patientes MT âgées de plus de 65 ans	7 %	≤ 5 %	20 patientes	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
Benzodiazépines à demi vie longue	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patientes MT âgées de plus de 65 ans traitées, rapporté au nombre de patientes MT âgées de plus de 65 ans	11 %	≤ 5 %	20 patientes	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patientes MT ayant débuté un traitement par BZD à partir de 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patientes MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	13 %	≤ 12 %	5 patientes	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
Cancer du col de l'utérus	Antibiothérapie	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	65 %	≥ 80 %	20 patientes	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de traitements par antibiotiques pour les patientes MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patientes MT de 16 à 65 ans et hors ALD	40 %	≤ 37	20 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
TOTAL						250	1 750 €		

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interm.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périodicité
Efficience	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	85 %	≥ 90 %	40 boîtes	60	420 €	Calculé	Trimestrielle
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	68 %	≥ 85 %	35 boîtes	60	420 €	Calculé	Trimestrielle
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	46 %	≥ 70 %	30 boîtes	60	420 €	Calculé	Trimestrielle
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	64 %	≥ 65 %	130 boîtes	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
	Anti-dépresseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	75 %	≥ 80 %	30 boîtes	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	45 %	≥ 65 %	50 boîtes	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	84 %	≥ 85 %	10 patients	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
TOTAL						400	2 800 €		

* Pour un taux de réalisation de 100% et une patientèle de 800 patients.

**Fréquence de mise à jour des données mensuelle durant la période de campagne vaccinale.

ANNEXE V : indicateurs de qualité de la pratique médicale (ROSP 2016 - 2021) (18)

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	≥ 61%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20

	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40
	Part 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	40%	≥ 70%	20 patients	55
Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	4%	0%	10 patients	35
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	≤ 24%	5 patients	35
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	≤ 7%	5 patients	35
Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
	Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	36%	≤ 27%	10 patients	35

	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire-	Non testé			10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
	Total					

ANNEXE VI : Caractéristiques des médecins interrogés.

Dénomination	Durée de l'entretien (min:sec)	Sexe	Age (années)	Lieu d'exercice	Département	Mode d'exercice	Nombre déclaré de consultations hebdomadaires	Année d'adhésion à la ROSP
49_01	15:18	F	34	Rural	Maine et Loire	MSP	100	2012
49_02	10:59	H	45	Rural	Maine et Loire	groupe	100	2012
49_03	09:06	F	33	Rural	Maine et Loire	groupe	65	2014
49_04	13:17	H	55	Semi Urbain	Maine et Loire	groupe	90	2012
49_05	10:26	F	43	Semi Urbain	Maine et Loire	groupe	75	2014
49_06	16:40	H	56	Urbain	Maine et Loire	MSP	120	2012
49_07	07:46	F	57	Urbain	Maine et Loire	seul	250	2012
49_08	07:29	F	56	Urbain	Maine et Loire	groupe	120	2012
49_09	13:16	H	53	Rural	Maine et Loire	groupe	125	2012
49_10	21:37	H	49	Semi Urbain	Maine et Loire	groupe	100	2012
49_11	08:38	H	56	Urbain	Maine et Loire	seul	150	2012
49_12	12:40	H	58	Semi Urbain	Maine et Loire	groupe	150	2012
49_13	06:06	H	59	Urbain	Maine et Loire	seul	200	2012
49_14	09:00	H	51	Rural	Maine et Loire	groupe	200	2012
49_15	10:02	F	49	Semi Urbain	Maine et Loire	groupe	100	2012
49_16	09:58	H	36	Rural	Maine et Loire	groupe	80	2015
49_17	10:05	H	63	Rural	Maine et Loire	groupe + hopital local	200	2012
49_18	09:22	H	61	Urbain	Maine et Loire	Seul	160	2012
49_19	13:33	F	48	Semi Urbain	Maine et Loire	groupe	125	2012
49_20	10:52	F	37	Urbain	Maine et Loire	groupe	35	2012
53_01	11:43	F	41	Rural	Mayenne	groupe	80	2013
53_02	18:04	F	39	Semi Urbain	Mayenne	groupe	140	2015
53_03	08:09	H	58	Rural	Mayenne	groupe + hopital local	180	2012
53_04	11:19	H	42	Semi Urbain	Mayenne	groupe	160	2012
53_05	08:13	H	61	Rural	Mayenne	seul	250	2012
53_06	10:00	H	67	Rural	Mayenne	seul	100	2012
53_07	07:09	H	37	Rural	Mayenne	seul	200	2014
53_08	07:58	F	65	Semi Urbain	Mayenne	groupe	200	2012
53_09	18:09	F	60	Urbain	Mayenne	MSP	190	2012
53_10	13:00	H	33	Rural	Mayenne	groupe	160	2016
53_11	15:10	H	58	Rural	Mayenne	groupe	400	2012
53_12	16:13	H	57	Semi Urbain	Mayenne	groupe + maison de retraite	200	2012
53_13	16:42	H	52	Semi Urbain	Mayenne	groupe	150	2012
53_14	11:25	H	64	Semi Urbain	Mayenne	seul	200	2012
53_15	13:00	H	66	Urbain	Mayenne	groupe	180	2012
53_16	10:36	H	63	Semi Urbain	Mayenne	seul	90	2012
53_17	11:51	H	60	Semi Urbain	Mayenne	groupe	180	2012
53_18	08:46	H	60	Urbain	Mayenne	groupe	110	2012
53_19	08:46	H	56	Semi Urbain	Mayenne	seul	75	2012
53_20	13:43	F	48	Rural	Mayenne	seul	140	2012
72_01	12:24	F	38	Semi Urbain	Sarthe	MSP	120	2016
72_02	19:29	H	58	Urbain	Sarthe	seul	90	2012
72_03	15:46	H	44	Urbain	Sarthe	groupe	120	2014
72_04	23:51	F	42	Rural	Sarthe	MSP	80	2012
72_05	18:54	H	51	Urbain	Sarthe	groupe	150	2012
72_06	09:13	H	38	Semi Urbain	Sarthe	groupe	120	2012
72_07	27:53	H	52	Rural	Sarthe	groupe + seul	110	2012
72_08	20:06	F	54	Rural	Sarthe	groupe	130	2012
72_09	15:45	H	54	Rural	Sarthe	groupe	160	2012
72_10	11:21	H	43	Rural	Sarthe	seul	140	2012
72_11	09:05	H	55	Urbain	Sarthe	groupe	220	2012
72_12	15:26	F	34	Rural	Sarthe	MSP	110	2014
72_13	14:51	F	53	Urbain	Sarthe	seule	120	2012
72_14	20:42	H	64	Urbain	Sarthe	seul	65	2012
72_15	11:41	H	50	Rural	Sarthe	groupe	80	2012
72_16	11:57	H	68	Rural	Sarthe	seul	50	2012
72_17	11:22	F	66	Rural	Sarthe	groupe	100	2012
72_18	15:07	H	63	Rural	Sarthe	groupe	120	2012
72_19	13:19	H	64	Rural	Sarthe	groupe	120	2012
72_20	16:11	F	56	Semi Urbain	Sarthe	seul	100	2015

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : quelle perception en ont les médecins généralistes ?

RÉSUMÉ

Introduction

Depuis le début des années 2000, les politiques de santé de certains membres de l'OCDE ont introduit un nouveau mode de rémunération des médecins généralistes : le paiement à la performance.

En France ce dispositif a d'abord pris le nom en 2008 de CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) puis en 2011, de ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Mais quel ressenti ont les médecins généralistes vis-à-vis de ce dispositif ?

Si les causes de refus sont désormais bien identifiées par la littérature, les motifs d'adhésion sont peu connus.

Sujets et Méthodes

Cette étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-directifs a été réalisée entre Janvier et Août 2016 sur un échantillon de 60 médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe tirés au sort.

Résultats

Les motifs de refus sont comparables aux motifs déjà évoqués dans les travaux précédents. Concernant les motifs d'adhésion, bien que l'amélioration de la prise en charge médicale tant promue par les Caisses d'Assurance Maladie soit régulièrement citée, c'est davantage l'aspect financier qui prime.

Les médecins voient dans cette mesure une manière d'augmenter leurs revenus et de compenser l'augmentation du travail annexe à la consultation.

Qu'ils adhèrent ou non, tous pointent du doigt les limites d'un tel système qui ne semble pas correspondre au modèle idéal souhaité par les politiques de santé.

Les différentes études réalisées dans les autres pays membres de l'OCDE ayant mis en place un système de paiement à la performance montrent un intérêt jugé « modeste » sur l'amélioration des pratiques médicales et sur les économies de santé.

Conclusion

Au vu des données de la littérature et des conclusions de notre travail de thèse, nous pouvons nous poser la question de l'impact réel des mesures incitatives sur les prises en charge médicales et les économies de santé.

Du côté du médecin, ces mesures sont accueillies comme une revalorisation bienvenue mais ne répondant pas totalement aux problèmes de rémunération et d'amélioration de la pratique en médecine générale.

Mots-clés : ROSP ; CAPI ; Rémunération ; Médecins généralistes ; Paiement à la performance ; OCDE

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) : What is the GPs perception ?

ABSTRACT

Introduction

Since the 2000's, a part of the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) members have introduced through their health policy a new payment method for general practitioners (GPs) : pay for performance (P4P).

In France, this new tool has been named CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) in 2008, and renamed ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) in 2011.

But how do GPs feel about this new way to get paid ?

If rejections of the ROSP are well known and reasons for it are clearly identified by scientific literature, reasons for acceptance are not that evident.

Material and methods

This qualitative survey has been carried out by phone through half directed interviews from January to August 2016 over 60 randomized GPs from Maine et Loire, Mayenne and Sarthe.

Results

Motivations for rejection of the ROSP are basically the same as the ones described in previous studies.

Even if benefits for the patient and improved quality of care are promoted by the health insurance system and supported by some of the interviewed doctors, most of them are only considering it as a financial advantage.

In fact, they are considering this device as a mean to increase their incomes and to deal with the rise of non medical duties.

Whether they agree or not, they all point at the limits of this system which do not match expectations of both the health system insurance and the GPs.

Those facts do corroborate the data available in the scientific literature evaluating the P4P programs inside the OECD. It judges that the impact on the improvement of quality of care and health costs reductions are « modest ».

Conclusion

According to the literature and the conclusions of our survey, positive effects of this kind of health policy over improved quality of care and health costs reduction are still questionable.

Besides, although GPs appreciate this increase in their incomes, they are still worried about the future of primary care and this device don't answer completely to their concerns.

Keywords : ROSP ; CAPI ; Remuneration ; General practitioners ; Pay for performance ; OCDE