

ABRÉVIATIONS :

ALD : Affection Longue Durée

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

DCI : Dénomination Commune Internationale

FMC : Formation Médicale Continue

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LDL-c : LDL-cholestérol

MGF : MG France ou Fédération française des médecins généralistes

MSU : Maître de Stage Universitaire

NSPP : Ne Se Prononce Pas

ORS : Observatoire Régional de la Santé

QOF : Quality and Outcomes Framework

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SMG : Syndicat de la Médecine Générale

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SNEMG : Syndicat National des Enseignants en Médecin Générale

UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français (branche généraliste de la CSMF)

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

TABLE DES MATIÈRES :

RÉSUMÉ	p 8
INTRODUCTION	p 10
L'expérience passée du paiement à la performance	p 10
Premiers bilans de la ROSP	p 11
Pertinence des indicateurs	p 12
Problématique	p 13
Objectifs de l'étude	p 14
MATÉRIEL ET MÉTHODE	p 15
RÉSULTATS	p 17
Caractéristiques socio-démographiques	p 17
Concernant la ROSP	p 19
Concernant la perception des indicateurs ayant de mauvais résultats ou peu pertinents	p 19
Concernant la difficulté des objectifs	p 21
Concernant la pratique médicale quotidienne	p 23
Concernant les limites de la ROSP	p 25
Concernant une possible évolution de la ROSP	p 27
DISCUSSION	p 28
Forces et faiblesses de l'étude	p 28
Synthèse des résultats	p 29
Analyse des résultats et de la littérature	p 30
CONCLUSION	p 35
BIBLIOGRAPHIE	p 36
LISTE DES FIGURES	p 42
LISTE DES TABLEAUX	p 43
ANNEXES	p 44
Annexe A	p 44
Annexe B	p 47

RÉSUMÉ :

Introduction : La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est le système de paiement à la performance en vigueur en France depuis 2012. Les résultats après 3 ans d'application sont très mitigés, notamment pour les indicateurs de prévention. L'objectif de l'étude était d'estimer l'influence de la ROSP sur la pratique des médecins généralistes (MG) et d'identifier les limites du dispositif et sa perception par les MG.

Matériel et méthode : Étude déclarative par questionnaire en ligne adressé aux 280 MG maîtres de stage ambulatoire de 3e cycle de la faculté d'Angers. Analyse des résultats par tableur et test du Chi2 ou Fischer.

Résultats : 111 MG ont répondu au questionnaire dont 19% ont déclaré avoir modifié leur pratique. Ils étaient autant à avoir modifié leur prise en charge du diabète et/ou de l'HTA, essentiellement par un suivi plus rigoureux des patients et un usage plus fréquent des IEC. Ils étaient 44% à proposer davantage de sevrages en benzodiazépines (BZD) et 48% à avoir diminué le recours aux BZD chez les patients âgés. La pratique préventive avait augmenté pour 10 à 20% des MG concernant les autres indicateurs de prévention. Seuls 6% des MG avaient modernisé leur équipement pour s'adapter à la ROSP. Certains indicateurs étaient perçus défavorablement par la majorité : vaccination antigrippale (61%), privilégier les IEC par rapport aux sartans (58%) et aspirine en prévention primaire chez les diabétiques à haut risque cardiovasculaire (54%). Les objectifs les plus difficiles à réaliser étaient : vaccination antigrippale (59%), limitation des BZD au long cours (40%) et dépistage des cancers du col de l'utérus (31%) et du sein (20%). Les principales difficultés rencontrées étaient liées au patient mais aussi au suivi compliqué des actes de prévention, à un accès difficile aux spécialistes et aux indicateurs parfois inadaptés. 54% des MG avaient déjà triché sur les indicateurs déclaratifs, 46% l'ayant fait par incapacité technique à obtenir les données. La ROSP n'était pas ressentie comme influençant la relation médecin-patient (92%) ou l'attention portée aux autres soins (86%), ni perçue comme une entrave à leurs décisions (87%). Ils étaient 59% à conserver des réticences vis-à-vis de la ROSP. De mauvaises relations avec l'assurance maladie ($p=0,026$) et l'adhésion à certains syndicats ($p=0,011$) étaient liées à de plus fortes réticences. Enfin, 83% seraient défavorables à une augmentation du nombre d'indicateurs.

Conclusion : La ROSP a une influence plutôt très limitée sur la pratique des MG. Ces derniers rencontrent par ailleurs de nombreuses difficultés indépendantes de leur fait à réaliser les objectifs. Une réévaluation de la ROSP sera nécessaire à l'avenir pour la rendre plus efficiente.

Mots-clés : Rémunération sur objectifs de santé publique / ROSP / paiement à la performance / P4P / médecins généralistes / modification des pratiques / limites

INTRODUCTION

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est le système de paiement à la performance généralisé en France à tous les médecins généralistes par la sécurité sociale suite à la convention médicale du 26 juillet 2011^[1,2]. Ce nouveau mode de rémunération vient en complément du paiement à l'acte et au forfait déjà existant. Son objectif vise à diminuer les dépenses de santé par l'amélioration de la qualité des soins et la modernisation des cabinets médicaux. Pour cela, il rémunère les médecins en fonction de l'accomplissement d'objectifs qui comprennent pour les médecins généralistes : 5 indicateurs pour l'organisation du cabinet et 24 indicateurs cliniques en lien avec le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'optimisation des prescriptions (ou efficience)^[3]. Ces objectifs sont choisis conjointement par les représentants syndicaux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en cohérence avec la loi de santé publique et les recommandations de la Haute Autorité de Santé ou internationales.

Tableau des indicateurs de la ROSP (annexe A)

La ROSP prend le relais du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), dispositif en place de juillet 2009 à juillet 2011 qui était un contrat sur la base du volontariat, contrairement à la ROSP qui s'applique par défaut à tous les médecins et dont la sortie ne peut se faire que par envoi d'une lettre recommandée dans les 3 mois après publication au Journal Officiel ou après une nouvelle installation.

L'expérience passée du paiement à la performance :

1) Le CAPI en France

Le bilan du CAPI après 2 ans montrait des résultats positifs mais faibles en comparaison des médecins non signataires : on observe globalement la même tendance à l'amélioration entre signataires et non signataires du CAPI, la seule différence étant un gain légèrement plus élevé chez les signataires^[4]. Dans son étude, *Laurent* a observé que le CAPI avait modifié la pratique médicale d'une part non négligeable (36%) des médecins signataires du contrat^[5]. Plusieurs travaux ont également étudié la perception de ce paiement à la performance par les médecins généralistes. Tous montraient qu'une part non négligeable de la profession avait tendance au rejet de ce dispositif. Les raisons évoquées à ce rejet étaient diverses : problème d'ordre éthique (liberté du praticien et

relation médecin-patient, risque de sélection de la patientèle), pertinence des indicateurs remise en cause, insuffisance de la rémunération pour avoir un véritable impact^[5,6,7].

2) Paiement à la performance à l'étranger

L'expérience étrangère du financement à la performance des médecins semble montrer ses limites^[8,9,10]. Au Royaume-Uni, le Quality and Outcomes Framework (QOF), système de paiement à la performance beaucoup plus développé que le nôtre, mis en place en avril 2004, montre des résultats mitigés et modestes au vu des sommes dépensées (1 milliard de livres pour 2006-2007), avec une tendance à la stagnation après des résultats initiaux encourageants et l'atteinte de la majorité des objectifs^[8,11,12,13,14]. On constate également que l'accroissement de l'amélioration des soins ne concerne que les critères d'évaluation du QOF et qu'il peut se faire au détriment d'autres objectifs de santé publique non retenus dans le QOF^[12,13]. Depuis son instauration, on a assisté à plusieurs mises à jour des critères d'évaluation. Aux États-Unis, où coexistent de multiples systèmes de paiement à la performance, les résultats sont globalement positifs mais modestes, sauf exception^[8,15,16]. On constate également des effets pervers à ce système de rémunération, notamment sur la relation médecin-patient^[17]. Néanmoins, la multiplicité de ces systèmes de paiement à la performance et la possibilité pour certains praticiens d'être soumis à plusieurs systèmes à la fois, ne permettent pas une évaluation rigoureuse du paiement à la performance américain.

Premiers bilans de la ROSP :

L'assurance maladie a publié en avril 2015 un bilan national de la ROSP après 3 ans d'application^[18]. Globalement, on note une amélioration dans le taux d'atteinte des objectifs qui passe en moyenne de 51,7 % à 65,3 % entre 2012 et 2014 pour les médecins généralistes. La rémunération moyenne des médecins généralistes au titre de la ROSP pour l'année 2014 a été de 6264 euros, à comparer au bénéfice non commercial moyen de 73276€ des médecins généralistes de secteur 1^[19], soit environ 8,5 % des revenus. Malgré une certaine amélioration qui concerne plusieurs indicateurs, on constate que sur les moyennes nationales, les résultats indicateur par indicateur restent très majoritairement en-deçà des objectifs fixés par l'assurance maladie. On note également certains indicateurs pour lesquels il n'y a pas d'amélioration sur 3 ans :

- la réalisation d'un fond d'œil tous les 2 ans chez le diabétique est stable (61,3 % en 2014 et 2011)
- la prescription d'une statine chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire se stabilise également après une légère progression la 1ère année (60,2 % vs 58,3 %)

- la vaccination antigrippale est en baisse (52,1 % vs 57,8 % pour les plus de 65 ans ; 33,4 % vs 35,4 % pour les patients en ALD)
- le dépistage des cancers du sein et du col utérin est en baisse (63,9 % vs 64,9 % pour le sein ; 56,5 % vs 58,7 % pour le col de l'utérus)
- la prescription de benzodiazépines au long cours est stable (14,7 % vs 15 %)
- la prescription d'IEC plutôt que de sartans est relativement stable (41,5 % vs 39,4 %)

Les données déclaratives concernant les résultats d'hémoglobine glyquée et du LDL-cholestérol chez les diabétiques et de la pression artérielle chez les hypertendus sont toutes très bonnes et progressent de 3,6 à 5,3 points entre fin 2012 et fin 2014 selon les indicateurs.

Plusieurs travaux se sont déjà intéressés à la perception de la ROSP par les médecins. Les avis sont hétérogènes mais semblent majoritairement négatifs^[20,21]. Les éloges sont minoritaires et concernent principalement l'alternative au paiement à l'acte, l'amélioration des pratiques qu'elle peut engendrer et une valorisation de la prévention^[21,22]. Les principales critiques évoquées dans ces études^[21,22,23,24] sont : un dispositif qui ne permet pas d'améliorer les soins, une remise en cause des indicateurs considérés inadaptés, un risque de conflit d'intérêts pesant sur la relation médecin-patient, une remise en cause de l'indépendance professionnelle, un intérêt avant tout économique, mais aussi un système inégal selon la patientèle, un mode de calcul injuste et des primes trop faibles. Par ailleurs, une relation a été établie entre les mauvaises relations avec l'assurance maladie et l'acceptation du dispositif^[22,23,25].

Pertinence des indicateurs :

Des voix se sont faites entendre pour dénoncer des indicateurs parfois inadaptés^[26,27,28]. Le dépistage généralisé du cancer du sein n'a toujours pas fait ses preuves vis-à-vis d'une diminution de la mortalité et se retrouve ainsi remis en question^[29]. Le choix des indicateurs vaccinaux pour la grippe est également remis en cause. On sait en effet que les patients peuvent maintenant se faire vacciner par une infirmière sans en informer leur médecin^[30]. De plus, il persiste des doutes sur l'efficacité de cette vaccination chez les sujets âgés^[31]. Le choix des résultats chiffrés sur une base déclarative paraît difficile à comprendre. D'une part, la déclaration individuelle permet à n'importe qui de majorer ses résultats que ce soit par l'appât du gain ou par manque de statistiques de patientèle. D'autre part, le caractère fortement variable et dépendant du patient de ces valeurs est indéniable, que ce soit pour la pression artérielle, pour l'hémoglobine glyquée ou bien encore le LDL-cholestérol^[32,33]. Par ailleurs les valeurs cibles de pression artérielle sont remises en question^[34], tout

comme celles du LDL-cholestérol chez les diabétiques (l'European Society of Cardiology fixe une cible de LDL-c à 1g/L^[35] tandis que l'American College of Cardiology ne vise plus de valeur cible de LDL-c^[36]). La prescription systématique d'une association antiagrégant et statine à tous les diabétiques âgés et hypertendus ne repose sur aucune donnée scientifique établie puisque les antiagrégants en prévention primaire n'ont jamais montré de réelle efficacité concernant une baisse de mortalité^[37,38,39]. Concernant l'usage des benzodiazépines à demi-vie longue chez les sujets âgés, certains auraient préféré un indicateur visant à diminuer la fréquence d'utilisation de l'ensemble des benzodiazépines car les effets indésirables se font ressentir quelque soit la demi-vie^[28]. Enfin, l'indicateur fixant une limite de prescription pour les antibiotiques pose le problème d'un seuil fixé arbitrairement alors que les prescriptions peuvent varier au gré des pathologies infectieuses rencontrées par le praticien.

Dans son travail, *Ferry*^[40] a analysé la pertinence des indicateurs par une revue de la littérature puis recueil d'opinions auprès d'un panel de médecins. Il en ressort que seuls trois indicateurs reposent sur un bon niveau de preuve (grade A ou B), à savoir : prescription de statine chez les diabétiques à haut risque cardiovasculaire, l'arrêt des vasodilatateurs et le dépistage du cancer du col de l'utérus. A l'inverse, sept indicateurs font l'objet d'études contradictoires. Il s'agit du dépistage du cancer du sein, de la prescription d'aspirine en prévention primaire chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire, des valeurs cibles de LDL-cholestérol et d'hémoglobine glyquée et de la vaccination antigrippale des personnes de plus de 65 ans. Privilégier la prescription d'IEC par rapport aux sartans n'était pas jugé suffisamment pertinent par le panel de médecins bien que la littérature ne le remette pas en cause. Par ailleurs, aucun indicateur n'était jugé réalisable par la majorité du panel.

Problématique :

A ce jour, on constate que la ROSP n'est pas une grande réussite puisque moins des deux tiers des objectifs sont atteints après 3 ans d'application du dispositif. On peut donc se poser la question de savoir pourquoi cette rémunération n'a pas l'effet escompté. La cause en revient-elle aux médecins qui refusent de remplir les indicateurs ? Et si oui, alors pourquoi ? Ou bien vient-elle de la difficulté d'appliquer les recommandations théoriques des indicateurs dans la pratique, et donc au patient dans sa singularité et sa globalité ? Pour répondre à ces questions, les chiffres comptables de la ROSP ne suffisent pas. C'est pour cela que l'on a décidé d'interroger directement les premiers concernés, à savoir les médecins généralistes.

Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était d'estimer l'influence de la ROSP sur la pratique quotidienne des médecins généralistes. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les éventuelles limites au dispositif en place et la perception de la ROSP par les médecins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Il s'agit d'une enquête quantitative via un questionnaire informatique anonyme. Le choix d'un questionnaire par voie informatique a été fait par souci de facilité technique et de gratuité de la méthode.

La population étudiée était celle des 280 médecins généralistes maîtres de stage universitaires (MSU) de 3^e cycle de la Faculté de médecine d'Angers au 2 novembre 2014. Il s'agit de praticiens dont l'exercice se répartit sur trois départements : Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. Par définition, ceux-ci ont au moins 3 ans d'exercice libéral (condition d'accès à la maîtrise de stage du 3^e cycle) et ont donc connu la période avant application de la ROSP (avant 2012). Le choix de cette population a été là encore fait pour des questions de facilité d'accès à une banque d'adresses électroniques valides puisque celle-ci est détenue par le département universitaire de médecine générale. Par ailleurs, il a été montré que les caractéristiques socio-démographiques des MSU peuvent être considérées représentatives de la population médicale générale^[41].

Le questionnaire a été transposé sous le logiciel Sphinx® par l'intermédiaire du département informatique de la Faculté. Il était composé de 48 items, correspondant à 42 questions fermées et 6 questions ouvertes (dont 3 questions ouvertes courtes pour : âge, taille de la patientèle et nom de l'éventuel syndicat). Aucune question ne portait sur le résultat des indicateurs. Les questions peuvent être classées en quatre grandes catégories :

- caractéristiques socio-démographiques
- avis des médecins sur les indicateurs cliniques qui posent problème
- constat des modifications déclarées dans leur pratique quotidienne
- avis sur le dispositif et ses limites.

Questionnaire (annexe B)

L'envoi s'est déroulé par messagerie électronique, après avoir reçu un avis favorable du comité d'éthique de la faculté. Un courrier a été adressé aux maîtres de stage pour leur expliquer la démarche et leur proposer de répondre au questionnaire, hébergé sur les serveurs de la Faculté, en cliquant sur un lien hypertexte. Le premier envoi a eu lieu le vendredi 23 janvier 2015. Devant un nombre insuffisant de réponses, deux rappels ont été effectués le jeudi 12 février et le mercredi 18 mars 2015. Suite à des difficultés techniques, l'outil de relance ciblée pour les non répondants du

logiciel Sphinx® n'a pu être utilisé. Les relances ont donc été adressées à tout le panel en demandant aux destinataires de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire. La clôture du questionnaire a été fixée arbitrairement au 31 mars 2015.

Les résultats ont été sauvegardés sous forme de fichier classeur et analysés à l'aide du tableur de la suite LibreOffice. L'analyse a d'abord concerné les réponses aux questions fermées. Les âges et la patientèle ont été répartis en quatre classes (classes de 10 ans et de 500 patients) afin de faciliter les analyses. Les tests statistiques pour les analyses croisées ont été réalisés sur le site internet BiostaTGV. Ont été utilisés le test du Chi2 ou le test exact de Fischer en cas d'effectifs théoriques insuffisants pour le Chi2. Le seuil de significativité a été fixé pour $p<0,05$. Dans un second temps, les questions ouvertes ont été traitées manuellement afin d'en faire ressortir les idées exprimées.

RÉSULTATS :

Caractéristiques socio-démographiques :

Sur les 280 MSU contactés, 111 ont répondu au questionnaire soit 39,6 % de la population étudiée. L'âge moyen des répondants était de 51,5 ans pour une médiane de 54 ans (quartiles : 43-58). On retrouvait 61 % d'hommes pour 39 % de femmes. Le milieu d'exercice se répartissait comme suit : urbain 28 % ; semi-rural 56 % ; rural 16 %. La patientèle moyenne était de 1164 patients par médecin (écart-type 468).

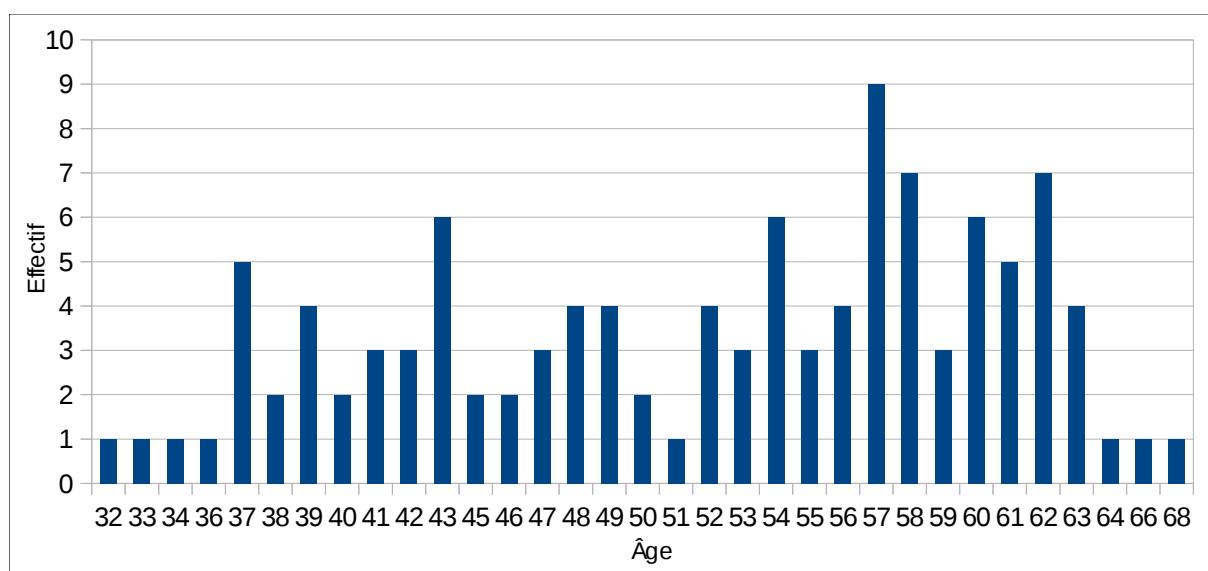


Figure 1 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge

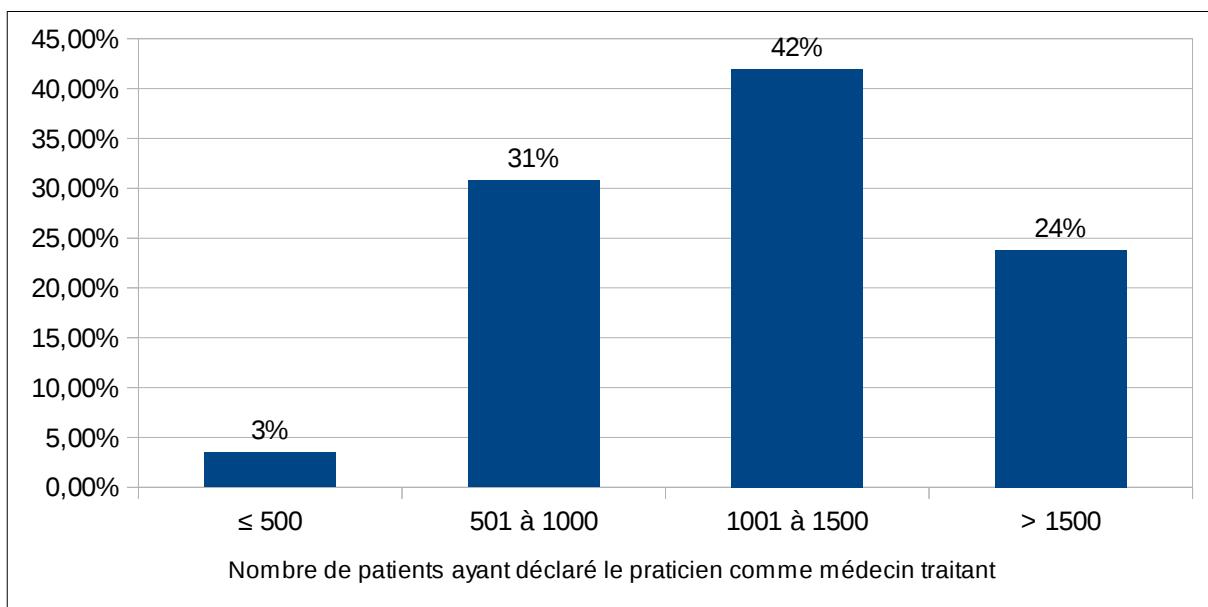


Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la patientèle

Les médecins participant à une formation médicale continue (FMC) représentaient 87 % de l'échantillon. Trente-cinq médecins (32 %) étaient syndiqués, avec la répartition suivante : 11 UNOF-CSMF, 8 MG France, 4 SML, 3 SMG et 1 SNEMG également affilié à MG France. Huit médecins n'ont pas précisé le nom de leur syndicat et un autre a cité MG Form qui n'est pas un syndicat mais une association de formation professionnelle.

Les relations entretenues par les praticiens avec l'assurance maladie étaient majoritairement bonnes (66 %) ou très bonnes (12 %). Une minorité les trouvait mauvaises (19 %) voire très mauvaises (4%).

On ne notait pas de différence significative par rapport à la démographie des médecins des Pays de la Loire^[42] ni par rapport au taux de participation à la FMC observé dans la région^[43] (*tableau I*). Le milieu d'exercice n'a pas pu être comparé aux données de l'ORS et de l'URML^[44] car les définitions utilisées n'étaient pas les mêmes. L'absence de données de référence pour les Pays de la Loire n'a pas permis de tester la représentativité des tailles de patientèle et du taux de médecins syndiqués.

Tableau I : Comparaison des caractéristiques de notre échantillon avec les données de référence pour les Pays de la Loire^[42,43]

	Echantillon (n=111)	Référence en Pays-de-la-Loire	
Age : répartition		n=3333	
<35	3%	4,6%	
35-39	11%	7,6%	
40-44	13%	9,8%	
45-49	14%	11,8%	
50-54	14%	17,3%	p=0,242
55-59	23%	22,4%	
60-64	21%	21,9%	
>64	2%	4,7%	
Sexe		n=3333	
Homme	61%	65,8%	
Femme	39%	34,2%	p=0,322
FMC		n=443	
Taux de participation	87%	85%	p=0,540

Concernant la ROSP :

L'accueil du dispositif avait été favorable pour 30 %, indifférent pour 39 % et défavorable pour 32 % des sondés. Cet accueil avait été d'autant plus favorable que les praticiens entretenaient de bonnes relations avec l'assurance maladie. L'indifférence vis-à-vis de l'instauration de la ROSP avait prédominé chez les moins de 60 ans, les plus de 60 ans ayant eu un avis plus tranché. On ne notait pas de différence significative entre les adhérents à un syndicat et les autres praticiens (*tableau II*).

Tableau II : Étude des facteurs d'influence sur l'accueil de la ROSP

Age :	<40 ans (n=15)	40-49 ans (n=29)	50-59 ans (n=42)	>59 ans (n=25)	
Accueil de la ROSP :					<i>p=0,461 en ignorant les indifférents</i>
- favorable	29%	24%	28%	42%	
- indifférent	53%	31%	50%	11%	<i>p=0,034</i>
- défavorable	18%	45%	22%	47%	
Syndiqué ?	non (n=76)	oui (n=35)			<i>p=0,893 en ignorant les indifférents</i>
Accueil de la ROSP :					<i>p=0,073</i>
-favorable	33%	23%			
-indifférent	32%	54%			
-défavorable	36%	23%			
Relations avec l'assurance maladie :	très mauvaises (n=4)	mauvaises (n=21)	bonnes (n=73)	très bonnes (n=13)	<i>p<0,001 en ignorant les indifférents</i>
Accueil de la ROSP :					<i>p=0,002</i>
- favorable	0%	5%	34%	54%	
- indifférent	75%	33%	38%	38%	
- défavorable	25%	62%	27%	8%	

Seuls 7 % des répondants déclaraient ne pas connaître les indicateurs de la ROSP. Et ils étaient 24 % à penser que les résultats de la ROSP étaient représentatifs de la qualité de leur travail.

Concernant la perception des indicateurs ayant de mauvais résultats ou peu pertinents :

Globalement, les indicateurs étaient plutôt favorablement perçus par la majorité des médecins à l'exception de trois indicateurs. Le seuil de vaccination antigrippale pour les patients de plus de 65 ans et les patients en ALD était franchement mal accueilli puisqu'ils étaient 61 % à y être

défavorables et même presque un quart à y être totalement défavorables. Une majorité (58 %) était également en défaveur de l'indicateur visant à préférer les IEC aux sartans. Enfin, les répondants étaient 54 % à être défavorables à la prescription d'aspirine en prévention primaire aux diabétiques à haut risque cardiovasculaire.

A l'opposé, ils étaient une majorité (59 %) à être favorables aux indicateurs de résultats cliniques (objectifs en termes de résultats d'hémoglobine glyquée et de LDL-cholestérol chez le diabétique, et de pression artérielle chez les patients traités pour hypertension artérielle). La réalisation d'un fond d'œil tous les 2 ans pour les diabétiques était vue favorablement par 70 % des sondés et 59 % étaient favorables à limiter les prescriptions de benzodiazépines au long cours. Les indicateurs de prévention que sont le dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage du cancer du sein ont recueilli respectivement 66 % et 59 % d'opinions favorables. L'indicateur visant à limiter la prescription d'antibiotiques a reçu 69 % d'avis favorables.

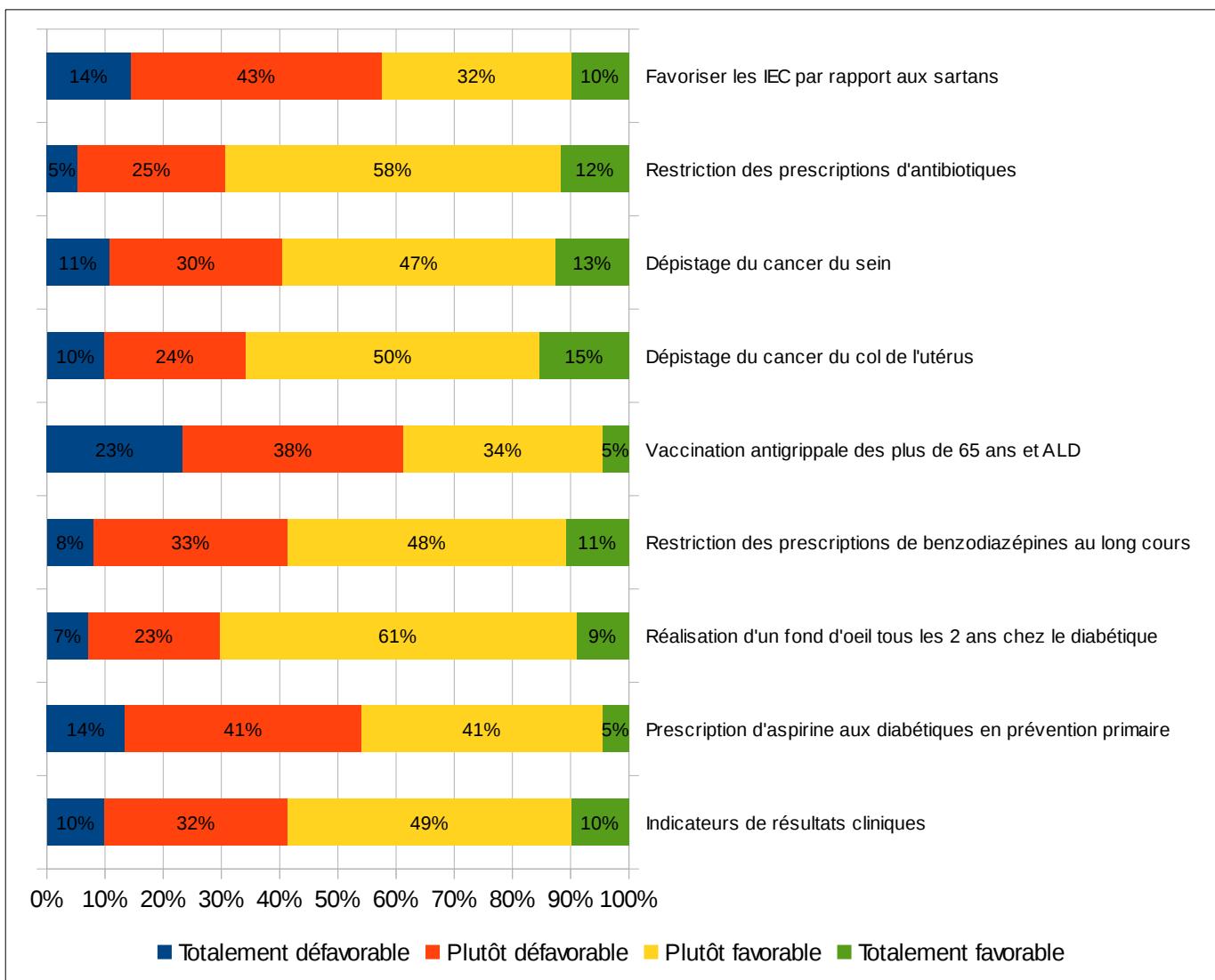


Figure 3 : Perception des indicateurs ayant de mauvais résultats ou jugés peu pertinents

Concernant la difficulté des objectifs :

La majorité des objectifs était réalisable pour 59 % des répondants, alors que seuls quelques objectifs l'étaient pour 31 % d'entre eux. Les médecins étaient très minoritaires à répondre qu'aucun objectif n'était réalisable (5 %) ou que tous les objectifs l'étaient (2 %) et 4 % n'ont pas répondu à la question.

L'objectif le plus difficile à réaliser était sans conteste celui concernant la vaccination antigrippale puisqu'il a été cité par 59 % des sondés. Derrière suivaient la limitation de prescription des benzodiazépines plus de 12 semaines (40 %), le dépistage du cancer du col de l'utérus (31 %) et le dépistage du cancer du sein (20 %). Les moins cités étaient l'arrêt des vasodilatateurs (1 %), prescrire une statine aux diabétiques à haut risque cardiovasculaire (3 %) et réaliser au moins trois dosages d'hémoglobine glyquée (5 %).

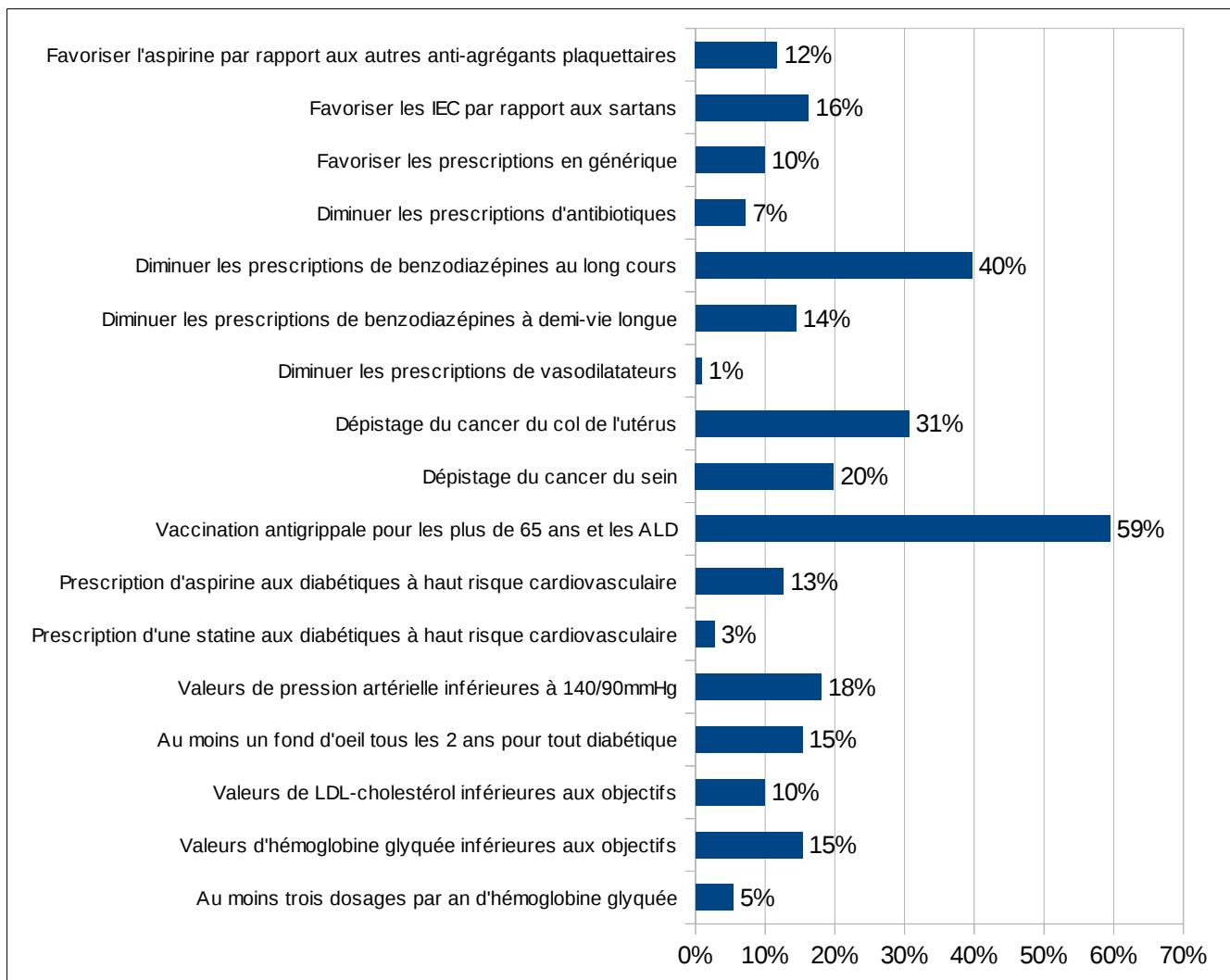


Figure 4 : Objectifs les plus difficiles à réaliser

Les médecins de l'échantillon étaient 54 % à penser que les disparités territoriales peuvent jouer sur les résultats de certains objectifs et 31 % à penser le contraire (NSPP=15%).

A la question ouverte « Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour la réalisation des objectifs de la ROSP ? », il ressortait :

- des difficultés liées à la motivation, à l'inobservance et aux choix du patient (70 répondants) dont refus de la vaccination (18 répondants)
- un suivi difficile pour ce qui concerne la prévention (vaccin antigrippal, mammographies de dépistage et frottis cervico-vaginal) car il est partagé avec d'autres professionnels de santé (gynécologues, infirmières, sage-femmes) sans retour systématique sur les actes effectués par ces derniers (16 répondants)
- une contestation de la validité des indicateurs car ils ne suivent pas ou plus les dernières recommandations des sociétés savantes (13 répondants)
- une absence de prise en compte des terrains particuliers (patients très âgés, effets secondaires, pathologies) (10 répondants)
- un accès difficile aux spécialistes, que ce soit géographique ou en termes de délai, surtout pour les ophtalmologues (10 répondants)
- des difficultés techniques pour le suivi des objectifs (10 répondants)
- un sevrage en benzodiazépines très compliqué dû à la dépendance des patients qui en prennent depuis longtemps ou à des habitudes difficiles à modifier (9 répondants)
- un manque de fiabilité des résultats de la ROSP car certains examens réalisés à l'hôpital ne sont pas pris en compte et la vérification des calculs de l'assurance maladie est impossible (8 répondants)
- un manque de temps (5 répondants)
- un refus de la ROSP amenant certains à négliger les objectifs et leurs résultats (5 répondants)
- la variabilité des mesures de la pression artérielle qui rend l'objectif d'équilibre des hypertendus aléatoire (3 répondants)
- la prise en compte dans les calculs des traitements initiés à la demande d'un spécialiste et renouvelés par le médecin traitant (3 répondants)
- le contexte psychosocial actuel qui rend difficile de diminuer la prescription des benzodiazépines (2 répondants), d'autant qu'il n'existe pas d'alternative remboursée telle que la psychothérapie (1 répondant)
- la difficulté de changer les habitudes du médecin, notamment pour les prescriptions en générique (2 répondants)
- la variation des résultats induite par les remplaçants ou les internes en stage (2 répondants)

Cinq autres thématiques n'étaient abordées qu'une fois : l'excès d'indicateurs, la « modification régulière des valeurs cibles » (*sic*), le caractère trop restreint des populations sur lesquelles sont calculés certains ratios, l'absence de politique publique de prévention pour soutenir l'action des médecins et la prise en compte de patients qui se font suivre par d'autres sans changer officiellement leur médecin traitant.

Concernant la pratique médicale quotidienne :

Ils n'étaient que 21 soit 19 % à déclarer avoir globalement modifié leur pratique médicale suite à l'instauration de la ROSP. Ils étaient autant à avoir modifié leur prise en charge des pathologies chroniques, comme suit : 6 % pour l'hypertension artérielle uniquement, 6 % pour le diabète uniquement et 6 % pour les deux pathologies. Notons que sur les 21 médecins ayant modifié leur prise en charge de ces pathologies, dix n'ont pas signalé avoir modifié leur pratique médicale à la question « Globalement, la ROSP a-t-elle modifié votre pratique médicale ? », bien que les deux questions figuraient sur la même page du questionnaire.

Les modifications dans la prise en charge de ces deux pathologies chroniques étaient de cet ordre :

- un suivi plus rigoureux des patients (5 répondants)
- privilégier les IEC par rapport aux sartans (4 répondants)
- IEC en 1ère intention (2 répondants)
- moins d'inertie thérapeutique (2 répondants)
- plus de statines chez le diabétique (2 répondants)
- plus d'antiagrégants plaquettaires chez le diabétique (2 répondants)
- plus de mesures ambulatoires de la pression artérielle (1 répondant)
- gestion plus structurée de la consultation (1 répondant)
- plus de rigueur dans le discours au diabétique (1 répondant)
- modification de prescription sans précision (1 répondant)
- résultats notés dans le dossier (1 répondant)

Hormis les relations avec l'assurance maladie, aucun facteur n'était associé de manière significative aux modifications de pratique, que ce soit l'âge, la taille de patientèle, le fait d'être syndiqué ou la participation à une FMC. Les praticiens ayant de bonnes relations avec l'assurance maladie avaient été six fois plus disposés à modifier leur pratique que ceux entretenant de mauvaises relations (*tableau III*).

Tableau III : Étude des facteurs d'influence sur les modifications de pratique

Age :		<40 ans (n=15)	40-49 ans (n=29)	50-59 ans (n=42)	>59 ans (n=25)	
Modification de pratique	29%	17%	17%	16%		<i>p</i> =0,682 <i>p</i> =0,31
	29%		17%			
Modification de la prise en charge du diabète et/ou HTA	35%	17%	13%	21%		<i>p</i> =0,25 <i>p</i> =0,088
	35%		16%			
Patientèle :		<501 (n=10)	501 à 1000 (n=44)	1001 à 1500 (n=40)	>1500 (n=17)	
Modification de pratique	20%	14%	20%	29%		<i>p</i> =0,525
Modification de la prise en charge du diabète et/ou HTA	30%	14%	23%	18%		<i>p</i> =0,552 <i>p</i> =0,396
	30%		18%			
Syndiqué ?		non (n=76)	oui (n=35)			
Modification de la pratique	22%	11%				<i>p</i> =0,172
Modification de la prise en charge du diabète et/ou HTA	18%	20%				<i>p</i> =0,844
Relations avec l'assurance maladie :		très mauvaises (n=4)	mauvaises (n=21)	bonnes (n=73)	très bonnes (n=13)	
Modification de pratique		4%		23%		<i>p</i> =0,04
Modification de la prise en charge du diabète et/ou HTA		8%		22%		<i>p</i> =0,151
Participation à une FMC ?		non (n=14)	oui (n=97)			
Modification de pratique	36%	16%				<i>p</i> =0,136
Modification de la prise en charge du diabète et/ou HTA	21%	19%				<i>p</i> =0,726

Les MSU étaient 23 % à penser que la ROSP joue un rôle dans l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques, alors que 63 % étaient d'un avis contraire (NSPP=14%). Pour 27 % des MSU, la ROSP permettait d'améliorer la prévention, alors que 50 % étaient en désaccord avec cette affirmation (NSPP=23%).

Ceux qui proposaient davantage certains actes de prévention depuis l'instauration de la ROSP étaient : 11 % pour la vaccination antigrippale, 21 % pour le dépistage du cancer du col et 14 % pour le dépistage du cancer du sein. Concernant les frottis cervico-vaginaux, 95 % des médecins en faisaient déjà à leur cabinet avant la ROSP. Seuls trois (3 %) ont été incités par la ROSP à réaliser des frottis alors qu'ils n'en faisaient pas initialement. Deux personnes (2 %) n'en faisaient toujours

pas. Pour les benzodiazépines, 44 % des répondants avaient été incités à en prescrire moins chez les personnes âgées. Et ils étaient 48 % à proposer plus régulièrement le sevrage des traitements au long cours. Pour les antibiotiques, ils n'étaient que 12 % à avoir diminué leurs prescriptions de ceux-ci. Ils étaient par contre 14 % à utiliser de manière plus régulière le test de dépistage rapide du Streptocoque.

Pour la prescription en générique ou en DCI, les sondés étaient 25 % à l'appliquer plus systématiquement pour tous les médicaments alors que 2 % ne le faisaient que pour les médicaments concernés par la ROSP. A l'inverse, 73 % des médecins n'avaient pas modifié leurs habitudes suite à l'instauration de la ROSP.

Concernant l'organisation du cabinet, 94 % ont déclaré n'avoir rien modifié à leurs habitudes. 5 % avaient profité de la ROSP pour installer un logiciel agréé de prescription et une seule personne était passée au dossier informatisé. Aucun médecin n'avait installé un lecteur de carte vitale. 48 personnes se sont exprimées sur la couverture des coûts de modernisation du cabinet par la ROSP : elles étaient 31 à déclarer que les coûts n'étaient pas couverts et 17 à dire le contraire.

Concernant les limites de la ROSP :

46 % des médecins ont confié devoir tricher sur les résultats qu'ils déclaraient à l'assurance maladie du fait de difficultés techniques. Autant ne trichaient pas et 8 % ont avoué tricher par intérêt personnel.

Un seul médecin (1 %) a déclaré être moins attentif aux objectifs de santé publique non concernés par la ROSP, contrairement à 86 % des répondants (NSPP=13%). Le rapport au patient avait changé pour 5 % des médecins tandis que 92 % ont affirmé le contraire (NSPP=3%). La ROSP était vue comme une entrave à leurs décisions par 13 % des MSU tandis que 87 % n'étaient pas de cet avis. L'analyse croisée a mis en évidence que les MSU voyaient d'autant plus la ROSP comme une entrave qu'ils étaient jeunes (*tableau IV*). Enfin, 59 % des répondants ont déclaré avoir des réticences vis-à-vis de la ROSP contre 41 % qui n'en avaient pas. Deux facteurs semblaient influer sur cette réticence, à savoir les relations avec l'assurance maladie et le syndicat d'appartenance. Plus les relations avec l'assurance maladie étaient mauvaises, plus les médecins étaient réticents envers la ROSP. L'appartenance au SMG, au SML et à MG France était associée à une plus grande réticence vis-à-vis de la ROSP également (*tableau V*).

Tableau IV : Facteurs d'influence sur l'entrave aux décisions

Age :	<40 ans (n=15)	40-49 ans (n=29)	50-59 ans (n=42)	>59 ans (n=25)	
ROSP perçue comme une entrave aux décisions	20%	28%	7%	0%	p=0,006
Patientèle :	<501 (n=10)	501 à 1000 (n=44)	1001 à 1500 (n=40)	>1500 (n=17)	
ROSP perçue comme une entrave aux décisions	20%	16%	8%	12%	p=0,511
Relations avec l'assurance maladie :	très mauvaises (n=4)	mauvaises (n=21)	bonnes (n=73)	très bonnes (n=13)	
ROSP perçue comme une entrave aux décisions		20%		10%	p=0,301
Syndiqué ?	non (n=76)	oui (n=35)			
ROSP perçue comme une entrave aux décisions	12%	14%			p=0,762

Tableau V : Facteurs d'influence sur les réticences envers la ROSP

Age :	<40 ans (n=15)	40-49 ans (n=29)	50-59 ans (n=42)	>59 ans (n=25)			
Réticences à l'encontre de la ROSP	59%	59%	59%	63%	p=0,988		
Patientèle :	<501 (n=10)	501 à 1000 (n=44)	1001 à 1500 (n=40)	>1500 (n=17)			
Réticences à l'encontre de la ROSP	60%	61%	50%	76%	p=0,312		
Syndiqué ?	non (n=76)	oui (n=35)					
Réticences à l'encontre de la ROSP	57%	66%			p=0,362		
Syndicat :	UNOF-CSMF (n=11)	SML (n=4)	MGF (n=8)	SMG (n=3)	SNEMG (n=1)	Non précisé (n=9)	
Réticences à l'encontre de la ROSP	45%	100%	88%	100%	100%		p=0,090
		Ensemble (n=15)*				44%	
		93%					p=0,011

* le membre commun à MGF et au SNEMG n'est compté qu'une seule fois ici

Accueil de l'instauration de la ROSP :	favorable (n=33)	indifférent (n=43)	défavorable (n=35)	
Réticences à l'encontre de la ROSP	30%	53%	94%	p<0,001
Relations avec l'assurance maladie :	très mauvaises (n=4)	mauvaises (n=21)	bonnes (n=73)	très bonnes (n=13)
Réticences à l'encontre de la ROSP	50%	81%	59%	31%
				p=0,026

Les réticences recensées concernaient :

- la remise en cause de la rémunération à la performance jugée inutile et inefficace puisqu'il s'agit de payer le médecin pour faire ce qu'il faisait déjà auparavant (17 réponses), avec en plus un sentiment d'infantilisation (3 réponses) et d'être mené par une carotte financière (3 réponses)
- le problème déontologique lié au conflit entre l'intérêt financier et l'intérêt du patient avec un

possible risque de sélection de la patientèle (8 réponses)

- la non prise en compte des facteurs dépendant du patient dans la réussite des objectifs (6 réponses)
- la restriction de la liberté de choix du médecin (5 réponses)
- les résultats calculés par l'assurance maladie qui sont souvent erronés (4 réponses), d'autant que toutes les caisses ne sont pas prises en compte (1 réponse)
- le temps supplémentaire induit par la ROSP (4 réponses)
- la rémunération inégalitaire entre médecins selon la taille et le type de patientèle (4 réponses)
- les difficultés techniques rencontrées, et notamment des logiciels inadaptés (3 réponses)
- l'absence de mise à jour des indicateurs en accord avec les recommandations actuelles (2 réponses)
- le frein au paiement à l'acte et à sa revalorisation (2 réponses)
- la non prise en compte du terrain de chaque patient qui peut amener à ne pas suivre les recommandations générales (2 réponses)
- la crainte du futur et de l'évolution vers une possible obligation de résultats (2 réponses)
- le risque de dépendance financière (2 réponses)
- l'impossibilité de sortir du dispositif de la ROSP (1 réponse)
- l'absence de prise en compte de la pédiatrie (1 réponse)
- l'absence de prise en compte des qualités humaines (1 réponse)
- la difficulté à réaliser les objectifs (1 réponse)

Concernant une possible évolution de la ROSP :

Les MSU étaient 83 % à refuser l'idée d'augmenter le nombre d'indicateurs de la ROSP. Les médecins les plus jeunes étaient les plus défavorables à cette proposition (*tableau VI*). Pour ce qui est de l'intérêt de pouvoir exclure des calculs certains patients à terrain particulier, ils étaient 39 % à y être favorables contre 23 % qui n'y voyaient pas d'intérêt (NSPP=39%).

Tableau VI : Souhait d'augmenter le nombre d'indicateurs selon l'âge

Age :	<40 ans (n=15)	40-49 ans (n=29)	50-59 ans (n=42)	>59 ans (n=25)	
Favorable à l'augmentation du nombre d'indicateurs	0%	17%	12%	36%	p=0,02

DISCUSSION :

Forces et faiblesses de l'étude :

Points forts :

Cette étude permet de s'affranchir des seuls chiffres donnés par l'assurance maladie pour chercher à observer ce qui a pu changer dans la pratique quotidienne des médecins généralistes suite à l'instauration de la ROSP. De cette manière, on peut mieux appréhender les causes pouvant expliquer les mauvais résultats de certains indicateurs. Un autre intérêt est le recul de trois ans dont dispose cette étude par rapport à l'introduction de la ROSP, ce qui permet d'avoir une vision à plus long terme des effets de la ROSP. Le caractère anonyme de l'étude en réduit les biais de réponses. Le taux de retour de presque 40 % a néanmoins garanti une bonne représentativité socio-démographique de la population cible (*tableau I*).

Points faibles :

Biais de sélection :

La représentativité du milieu d'exercice, des tailles de patientèle et du taux de médecins syndiqués n'a pas pu être testée du fait de l'absence de données comparables. Le statut de MSU lui-même peut être considéré comme un biais^[5]. L'envoi du questionnaire par mail a *de facto* exclu les médecins non informatisés de l'étude, mais ils sont désormais peu nombreux. Enfin, une autre possibilité de biais est liée à l'anonymat du questionnaire et aux relances non ciblées qui ont pu théoriquement entraîner des réponses multiples d'un même participant.

Biais d'information :

Les données obtenues sont déclaratives. Même si l'anonymat diminue ce risque, il reste potentiellement présent.

Biais d'interprétation :

L'analyse a été effectuée manuellement. Pour les données quantitatives, l'usage de procédures automatisées du tableur et les multiples vérifications ont réduit le risque de biais. Pour les données qualitatives des questions ouvertes, le risque de biais est présent pour l'interprétation des propos et le classement par idée forte.

Synthèse des résultats :

Influence de la ROSP sur les pratiques :

Presque un praticien sur cinq a déclaré avoir globalement changé sa pratique médicale suite à l'instauration de la ROSP. Ceux-ci étaient d'autant plus enclins à le faire qu'ils entretenaient de bonnes relations avec l'assurance maladie. Ils étaient autant à avoir modifié leur prise en charge du diabète et de l'HTA. Les changements concernaient là essentiellement une rigueur accrue dans le suivi et le discours au patient ainsi qu'un usage plus fréquent des IEC. L'étude détaillée des actes de prévention a retrouvé une implication beaucoup plus importante des praticiens lorsqu'il s'agissait de proposer davantage de sevrages en benzodiazépines aux patients traités au long cours ou qu'il s'agissait de diminuer le recours aux benzodiazépines chez les patients âgés. Ils étaient en effet près d'un sur deux à le faire plus régulièrement depuis la ROSP. Pour les autres indicateurs de prévention et de santé publique, ils n'étaient que 10 à 20 % à déclarer avoir augmenté leur pratique préventive. Concernant l'organisation du cabinet, les effets de la ROSP ont été quasi nuls.

Limites et avis sur la ROSP :

Le dispositif de la ROSP avait reçu un accueil mitigé de notre échantillon. Certains indicateurs parmi ceux qui posent problème ont récolté une majorité d'opinions défavorables : les indicateurs de vaccination antigrippale, privilégier les IEC aux sartans et prescrire de l'aspirine en prévention primaire aux diabétiques à risque cardiovasculaire élevé. La faisabilité des objectifs fixés est remise en question puisque 90 % des praticiens considéraient que seule une partie des objectifs était réalisable. Les objectifs les plus difficilement réalisables concernaient la vaccination antigrippale, la limitation des benzodiazépines au long cours et les dépistages des cancers féminins (sein et col de l'utérus). Les principales difficultés rencontrées étaient en premier lieu liées au patient. En second lieu, étaient pointés le suivi difficile des actes de prévention, des indicateurs inadaptés et un accès difficile aux spécialistes. La moitié des médecins ont affirmé tricher dans leurs déclarations de résultats à l'assurance maladie, avant tout par incapacité technique à obtenir les données nécessaires. Seul un quart des médecins trouvait son résultat de la ROSP représentatif de la qualité de son travail. La même proportion voyait dans la ROSP une amélioration de la prévention et du suivi des pathologies chroniques. L'influence de la ROSP sur la relation médecin-patient et sur l'attention que porte le médecin aux autres soins était quasi nulle. La ROSP constituait une entrave aux décisions pour un praticien sur dix, cette proportion étant plus élevée chez les moins de 50 ans. Enfin, presque 60 % des médecins de l'échantillon conservaient des réticences à l'encontre de la ROSP. Un accueil défavorable du dispositif, de mauvaises relations avec l'assurance maladie et l'adhésion à certains syndicats étaient associés à plus de réticences. Les critiques principales concernaient le paiement à

la performance en lui-même, jugé inutile et inefficace, mais aussi le risque de conflit d'intérêts, le caractère liberticide du dispositif et la trop grande dépendance des résultats à la bonne volonté du patient. Concernant le futur du dispositif, huit praticiens sur dix ne souhaitaient pas d'augmentation du nombre d'indicateurs. Ce rejet était d'autant plus marqué que le médecin était jeune.

Analyse des résultats et de la littérature :

Comme on peut le constater, l'influence de la ROSP n'a donc pas été négligeable sur la pratique des médecins généralistes de notre échantillon mais reste trop marginale pour avoir un véritable effet en termes de santé publique. Néanmoins, nos résultats sont nettement inférieurs à l'étude menée par l'assurance maladie en décembre 2013^[45] qui retrouvait de 77 à 81 % de modification de pratique selon les indicateurs, tandis que le reste de la littérature retrouvait des valeurs disparates quoique plus proches des nôtres. Pour *Chho*^[46], 68 % des praticiens déclaraient avoir renforcé leur prise en charge de la prévention (mais la question excluait les 47 % de médecins qui avaient déjà une pratique préventive jugée optimale) et 38 % avaient diminué leurs prescriptions d'un critère composite associant benzodiazépines, antibiotiques et vasodilatateurs. Pour *Leitz*^[47], l'augmentation des actes de prévention concernait 27 % des médecins et 36 % se déclaraient plus exigeants sur les indicateurs de la convention. Dans notre étude, seul le comportement des médecins vis-à-vis des benzodiazépines semble avoir changé de manière remarquable. Notons que la question ne concernait pas uniquement les demi-vies longues mais concernait de manière plus globale la prescription de toutes les benzodiazépines. On voit donc là un changement de comportement qui s'est élargi à partir d'un indicateur plus restreint de la ROSP. Ceci est important car *Rat*^[48] avait montré que la baisse du taux des demi-vies longues, obtenu à la fin de la 1ère année de la ROSP, se faisait au profit d'une hausse des prescriptions de demi-vies courtes et que l'usage des demi-vies courtes chez les patients âgés est associé à un surrisque de continuer le traitement plus de 12 semaines. Par ailleurs, les effets indésirables ont lieu quelque soit la demi-vie^[28].

Concernant le peu de changements apportés à l'organisation du cabinet, nos résultats sont cohérents avec ceux retrouvés par *Chho* qui retrouvait entre 1 % et 7 % de modernisation parmi l'ensemble des participants selon les indicateurs. Ces faibles résultats s'expliquent facilement par le fort taux d'informatisation et de télétransmission, constaté dans cette même étude. Une autre explication est que les revenus tirés des items « Organisation du cabinet » ne couvrent pas les coûts nécessaires à un équipement adapté, comme le signalent les deux tiers de ceux qui se sont exprimés sur le sujet dans notre étude.

La bonne connaissance des indicateurs de la ROSP trois ans après son entrée en vigueur (neuf praticiens sur dix dans notre étude) montre l'intérêt qu'ont porté les médecins à ce dispositif nouveau en France, ce que confirme *Roy*^[24]. On remarque l'importance des relations avec l'assurance maladie dans l'acceptation du dispositif, déjà mise en avant dans la littérature^[8,22,23,25], mais aussi dans sa réussite. En effet, les médecins entretenant de mauvaises relations avec les caisses étaient initialement plus défavorables mais conservent également plus de réticences vis-à-vis de la ROSP que les autres. Ils ont par ailleurs beaucoup moins modifié leur pratique par rapport aux autres. Ce qui semble par contre étonnant est la forte réticence exprimée par les membres du SML et de MG France qui sont des syndicats qui ont soutenu la ROSP, alors que les membres du SMG semblent partager l'opinion défavorable de leur syndicat.

Les indicateurs récoltant de mauvaises opinions le sont pour différentes raisons. Les indicateurs de vaccination antigrippale sont associés à une grosse difficulté à remplir les objectifs puisqu'ils sont cités en première place du classement des objectifs les plus difficiles. Cette difficulté tient à deux choses principalement : d'abord beaucoup de refus de patients faisant suite aux nombreuses polémiques actuelles sur les vaccins qui n'ont fait que s'amplifier suite à la mauvaise gestion du H1N1^[31,49], et ensuite un suivi rendu compliqué par la possibilité pour les infirmières de pratiquer cette vaccination sans prescription et sans que le médecin traitant n'ait le moindre retour sur celle-ci. Certains médecins ont regretté l'absence de campagne nationale de prévention visant à soutenir cette vaccination. La prescription d'aspirine en prévention primaire aux diabétiques à haut risque cardiovasculaire ne pose pas de difficulté particulière dans sa réalisation mais fait partie des quelques indicateurs remis en cause pour leur non pertinence scientifique^[27,37,38,39,40]. L'indicateur favorisant la prescription d'IEC par rapport aux sartans peut s'expliquer au moins en partie par une difficulté dans la réalisation puisqu'il est cité par 16 % des répondants comme l'un des trois indicateurs les plus difficiles, sans doute en relation avec les effets indésirables plus nombreux des IEC^[50]. L'autre explication réside dans l'aspect essentiellement économique de l'indicateur puisqu'il n'a pas été démontré d'infériorité des sartans pour le traitement de l'hypertension^[50]. Au total, ces indicateurs rejetés par les MSU sont cohérents avec l'étude de *Ferry*^[40] qui établissait pour ces derniers une pertinence faible ou douteuse.

D'autres indicateurs souffrent d'une grosse difficulté de réalisation : dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, qui présente les mêmes difficultés de suivi que le vaccin antigrippal, et limiter les prescriptions au long cours de benzodiazépines. Pour les benzodiazépines, cette difficulté contraste avec une forte implication des médecins pour tenter de réduire ces prescriptions. Les raisons sont inhérentes au traitement et fortement liées au patient. Sont en cause la dépendance qu'il entraîne,

mais aussi le contexte psychosocial actuel qui rend plus difficile les arrêts de traitement et la difficulté de trouver une thérapeutique alternative, telle que la psychothérapie, qui soit remboursée. La réalisation de fond d'œil tous les 2 ans a une difficulté qu'on peut considérer moyenne puisque cet indicateur est cité par 15 % des répondants comme étant l'un des trois plus durs. Les obstacles rencontrés sont principalement une difficulté d'accès aux ophtalmologues (délai ou distance géographique) mais aussi sans doute des difficultés liées aux patients (manque de motivation, précarité socio-économique^[51]). Notons d'ailleurs que l'assurance maladie^[45] avait mis en évidence une relation entre la proportion de patients défavorisés bénéficiaires de la CMU-complémentaire et de moins bons résultats en matière de réalisation du fond d'œil chez le diabétique. La même relation avait été découverte en ce qui concerne les dosages d'hémoglobine glyquée et les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus. Une autre difficulté, qui touche plusieurs indicateurs, concerne les erreurs récurrentes dans le calcul des résultats par les caisses, ce qui avait déjà été observé^[22]. Il s'agit d'un problème de non prise en compte des examens réalisés à l'hôpital (fond d'œil, dosage d'hémoglobine glyquée, frottis et mammographie) mais aussi du fait que toutes les caisses d'assurance maladie ne participent pas au décompte^[52] et d'oubli dans les calculs^[53]. Enfin, le manque de temps est également avancé comme source de difficulté à réaliser les objectifs. Convaincre le patient de l'intérêt de tel traitement ou de tel examen demande en effet parfois beaucoup de temps et de dialogue. Or le praticien n'a pas forcément tout le temps nécessaire à sa disposition au sein d'une consultation de plus en plus chargée^[54].

Comme on le voit, les indicateurs qui n'avaient pas progressé d'après les données de l'assurance maladie souffrent soit de difficultés de réalisation, soit d'un rejet, soit des deux. Cela démontre bien que le choix de ces indicateurs n'est pas très pertinent pour juger de la qualité de la pratique du médecin. La seule exception concerne l'indicateur de prescription de statines chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire qui est classé en avant-dernier pour la difficulté et pour lequel l'opinion des médecins n'a pas été recueilli eu égard à la bonne progression initiale du taux de l'objectif au moment de la réalisation du questionnaire. Néanmoins, ce dernier indicateur repose sur un bon niveau de preuve^[27,40]. Associé à la facilité de cet objectif, cela peut nous laisser présager une opinion plutôt favorable de l'indicateur.

Les indicateurs déclaratifs ont tous un taux de réussite très bon selon les données officielles^[18]. Or il s'avère que plus de la moitié des médecins déclarent tricher sur ces derniers, de sorte que ces indicateurs n'ont aucune signification concrète et ne permettent pas de tirer de conclusions concernant une amélioration de santé publique. Une des manières de freiner ces fausses déclarations serait peut-être d'aider les médecins à s'équiper en logiciels permettant d'obtenir ces données

facilement puisqu'on a vu qu'une majorité des fausses déclarations étaient dues à une impossibilité technique. Malheureusement, comme vu précédemment, une majorité estime que les revenus tirés des items « Organisation du cabinet » ne permettent pas de couvrir les coûts nécessaires à la modernisation du cabinet, ce qui ne va pas inciter les médecins à mettre à jour leur logiciel.

La ROSP ne semble pas avoir, d'après notre étude, d'effets indésirables constatés pour le moment que ce soit au niveau de la relation médecin-patient ou au niveau du suivi médical non concerné par la ROSP, ce qui contraste avec *Leitz*^[47] qui trouvait un médecin sur deux décrivant une influence négative du dispositif sur la relation médecin-patient. Malgré tout, les réticences concernent la majorité des médecins, ce qui est compatible avec les observations de *Cousin*^[21] qui comptait seulement 19 % de satisfaction à propos de la ROSP. Les critiques sont peu ou prou les mêmes que celles déjà constatées dans la littérature sur le paiement à la performance^[5,7,21,22,23]. Tout ceci peut nous amener à nous poser des questions sur le futur de la ROSP, d'autant que l'on voit que les jeunes médecins, qui sont les plus concernés par ses futures évolutions, ont plus tendance à voir la ROSP comme une entrave à leurs décisions et sont les plus opposés à une expansion du dispositif à d'autres indicateurs. Ainsi, il paraît illusoire de s'attendre à ce que la ROSP prenne la tournure du QOF du Royaume-Uni, à moins de profonds changements. D'autant que l'on voit apparaître depuis peu des mises en garde venant du CNGE^[55], qui remet en question la validité des indicateurs et se pose des questions sur les problèmes éthiques et la pérennité d'un système qui montre ses limites à l'étranger.

Perspectives :

Si l'on s'en tient au rapport de l'IGAS^[8], les critères de réussite associent : une bonne organisation des cabinets médicaux, une relation de confiance avec les institutions, une rémunération suffisante, un soutien des leaders syndicaux, une pertinence médicale des indicateurs, des indicateurs réalisables et une bonne compréhension du dispositif par les professionnels de santé. Or actuellement, ces critères ne sont toujours pas réunis, ce qui peut expliquer les résultats en demi-teinte de la ROSP.

Pour améliorer le dispositif, la première chose serait de réévaluer régulièrement les indicateurs par un comité scientifique incluant les médecins généralistes, qui serait chargé de s'assurer de la pertinence médicale des indicateurs mais également de la faisabilité des objectifs. La seconde serait de rétablir la confiance avec l'assurance maladie en revoyant les méthodes de calcul des résultats pour plus d'exactitude. La possibilité d'exclure des calculs les patients à terrain particulier (*exception reporting*) pourrait être un des moyens de renforcer la représentativité des résultats,

même si seul un tiers des répondants y trouvait un intérêt dans notre étude. En effet, des travaux^[56] ont montré qu'un système d'*exception reporting* permet d'obtenir des résultats plus fidèles à la pratique. Bien que sa mise en place puisse être complexe, l'exemple du QOF au Royaume-Uni nous montre que c'est possible, même si cela ouvre aussi la porte à une possibilité d'usage détourné (*gaming*)^[57]. Le troisième changement à faire serait d'augmenter substantiellement la rémunération du dispositif afin de permettre une modernisation des cabinets médicaux et afin d'avoir plus d'influence sur les changements de pratique. Pour avoir suffisamment d'influence, un taux de 15 à 30 % du chiffre d'affaires annuel a été évoqué^[46] et semble cohérent avec les valeurs ayant cours au Royaume-Uni. Le quatrième point serait de conserver le caractère uniquement incitatif de la mesure pour éviter l'atteinte à la liberté de décision et de prescription des praticiens. Pour finir, le dernier point nécessiterait une meilleure représentation des médecins généralistes auprès de leurs syndicats (32 % d'adhérents dans notre étude).

La ROSP se doit d'évoluer pour pouvoir continuer efficacement. Dans le cas contraire, il se pourrait que cette initiative ne dure pas très longtemps étant donné les résultats très mitigés. Les instances institutionnelles^[58] commencent déjà à critiquer le système actuel jugé coûteux (341M€ en 2013) et qui s'avère inefficace pour favoriser la prévention. Malheureusement, les pistes d'évolution émises s'orientent plutôt vers la mise en place d'un système plus coercitif, l'idée de points négatifs en cas de non atteinte des objectifs ayant émergé.

CONCLUSION :

Comme pouvaient le faire présager les résultats mitigés transmis par l'assurance maladie, la ROSP n'influence qu'assez peu la pratique quotidienne des médecins généralistes. Seuls les indicateurs visant à diminuer le recours aux benzodiazépines montrent une réelle influence sur le comportement des généralistes au moment de la prescription. Néanmoins ce changement de comportement ne s'accompagne pas d'une diminution effective des prescriptions du fait de la difficulté pratique pour le médecin de faire accepter ces modifications au patient. Son rôle est en effet de trouver en permanence le bon compromis entre les recommandations et les souhaits du patient dont les changements d'habitudes demandent beaucoup de temps. Il s'agit malheureusement d'un temps dont ne disposent pas forcément les praticiens au sein d'une consultation déjà chargée. Les difficultés de réalisation, qu'elles soient liées au patient ou à l'organisation du système de santé, se font également ressentir pour d'autres indicateurs dont le choix peut de fait être remis en question. Le cas le plus remarquable est sans doute celui de la vaccination antigrippale puisque la forte remise en cause des vaccins par les patients rend très compliquée l'atteinte des objectifs. D'autre part, plusieurs médecins ont également mis en avant la non pertinence scientifique de certains indicateurs comme raison à leurs mauvais résultats.

Au final, la ROSP n'a pas réussi à convaincre les médecins qui restent très réticents à son encontre et rejettent pour l'instant toute idée d'un élargissement du système. Ceci marque donc les limites de la ROSP qui n'aura pas d'autre choix que d'évoluer pour devenir enfin acceptée par les médecins généralistes et efficiente sur le plan de la santé publique. Dans le cas contraire, le risque est de voir tout bonnement disparaître le paiement à la performance, alors même qu'il représente une des alternatives au paiement à l'acte et que la diversification des modes de rémunération est de plus en plus réclamée par les médecins généralistes. Des études complémentaires devront être menées afin de connaître les attentes précises des médecins généralistes sur ce mode de rémunération.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.* Journal Officiel n°223, 25 septembre 2011, texte n°16
- 2 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants no 3, no 5 et no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.* Journal Officiel n°70, 22 mars 2012, texte n°21
- 3 CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. *Rémunération sur objectifs de santé publique : une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins.* Dossier de presse [en ligne], 11 avril 2013. Disponible sur : <http://94.citoyens.com/files/2013/05/Bilan-ROSP-2012.pdf> (consulté le 31 juillet 2015)
- 4 ULMANN P. *La rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale* [en ligne]. In : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les modes incitatifs de rémunération des soins : Séminaire*, 29 novembre 2011. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_Ulmann.pdf (consulté le 31 juillet 2015)
- 5 LAURENT F. *Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ?* Thèse de doctorat en médecine. Versailles : Université de Versailles, 2013, 154 p.
- 6 BRENON M. *Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles : vers un nouveau mode de rémunération pour les médecins généralistes français ? : enquête qualitative auprès de 31 médecins isérois.* Thèse de doctorat en médecine. Grenoble : Faculté de médecine, 2010, 137 p.
- 7 NIFENECKER R. *La rémunération des médecins généralistes : 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.* Thèse de doctorat en médecine. Rennes : Faculté de médecine, 2011, 105 p.
- 8 INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères.* Rapport [en ligne], juin 2008. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000596.pdf> (consulté le 31 juillet 2015)
- 9 SCOTT A, SIVEY P, AIT OUAKRIM D, et al. *The effect of financial incentives on the quality*

of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011.

- 10 EMMERT M, EJKENAAR F, KEMTER H, et al. *Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review.* Eur J Health Econ. déc 2012;13(6):755-767.
- 11 LANGDOWN C, PECKHAM S. *The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review.* J Public Health (Oxf). 2013.
- 12 CAMPBELL SM, REEVES D, KONTOPANTELIS E, et al. *Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England.* New England Journal of Medicine. 2009;361(4):368-378.
- 13 VALLÉE J-P. *Paiement à la performance au Royaume-Uni Annals of Family Medicine, 2012 : impact sur la qualité et les résultats sanitaires.* Médecine. 1 janv 2013;9(1):33-5. doi:10.1684/med.2012.0906
- 14 KONTOPANTELIS E, SPRINGATE DA, ASHWORTH M, et al. *Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study.* The BMJ. 2 mars 2015;350:h904.
- 15 GILMORE AS, ZHAO Y, KANG N, et al. *Patient outcomes and evidence-based medicine in a preferred provider organization setting: a six-year evaluation of a physician pay-for-performance program.* Health Serv Res. déc 2007;42(6 Pt 1):2140-2159; discussion 2294-2323.
- 16 CUTLER TW, PALMIERI J, KHALSA M, et al. *Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and California pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group.* J Manag Care Pharm. sept 2007;13(7):578-588.
- 17 MCDONALD R, ROLAND M. *Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences.* Ann Fam Med. Mars 2009;7(2):121-127.
- 18 CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. *Rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 3 ans.* Dossier de presse [en ligne], 27 avril 2015. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf (consulté le 31 juillet 2015)
- 19 CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MÉDECINS DE FRANCE. *Bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux 2013* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffresstats/2015/bnc2013.htm> (consulté le 9 juillet 2015)

- 20 TOUSSAINTS S. *Évaluation de l'adhésion des médecins généralistes picards libéraux à la rémunération sur objectifs de santé publique : étude auprès de 500 médecins généralistes libéraux picards.* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Amiens : Université de Picardie, 2013, 67 p.
- 21 COUSIN S. *Les positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.* Thèse de doctorat en médecine. Lille : Faculté de médecine Lille 2, 2014
- 22 LEFEVRE P. *Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique ?: Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie.* Thèse de doctorat en médecine. Rouen : Faculté de médecine, 2013, 105 p.
- 23 ANDRIANTSEHENO HARINALA 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.* Thèse de doctorat en médecine. Montpellier : Faculté de médecine, 2014, 210 p.
- 24 ROY K. *Le Paiement à la Performance (P4P): Quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce nouveau mode de rémunération?* Thèse de doctorat en médecine. Montpellier : Faculté de médecine, 2012.
- 25 PARASKEVOV P. *Le ressenti des médecins généralistes face au paiement a la performance.* Thèse de doctorat en médecine. Montpellier : Faculté de médecine, 2012.
- 26 PRESCRIRE RÉDACTION. *Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n°1 à n°5).* Rev Prescr 2013;33(35):147-49
- 27 PRESCRIRE RÉDACTION. *Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n°6 à n°11).* Rev Prescr 2013;33(35,):222-26
- 28 PRESCRIRE RÉDACTION. *Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n°14 à n°24).* Rev Prescr 2013;33(356):456-63
- 29 GÖTZSCHE PC, JØRGENSEN KJ. *Screening for breast cancer with mammography.* Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 6.
- 30 Article R4311-5-1 du code de la santé publique
- 31 HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé.* Rapport [en ligne], mars 2014. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20140328_vaccgrippesaispersageesprofsante.pdf (consulté le 31 juillet 2015)

- 32 CIARONI S. Variabilité de la pression artérielle : intérêt clinique ou simple curiosité ? Rev Med Suisse 2007;102
- 33 INZUCCHI SE, BERGENSTAL RM, BUSE JB, et al. *Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. Dia Care. 6 janv 2012;35(6):1364-79.
- 34 DIAO D, WRIGHT JM, CUNDIFF DK, et al. *Pharmacotherapy for mild hypertension*. Cochrane Database of Systematic Reviews [en ligne]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006742.pub2/abstract> (consulté le 6 juillet 2015)
- 35 REINER Z, CATAPANO A, DE BACKER G, et al. *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of The European Society of Cardiology (ESC) and The European Artherosclerosis Society (EAS)*. European Heart Journal, 2011, 32, p. 1769-1818
- 36 STONE NJ, ROBINSON J, LICHTENSTEIN AH, et al. *2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. Circulation [en ligne], 2014;129:S1-S45. Disponible sur : http://circ.ahajournals.org/content/129/25_suppl_2/S1.full (consulté le 9 juillet 2015)
- 37 OKADA S, MORIMOTO T, OGAWA H, et al., investigators for the Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis with Aspirin for Diabetes (JPAD) trial. *Effect of low-dose aspirin on primary prevention of cardiovascular events in Japanese diabetic patients at high risk*. Circ J. 2013;77(12):3023-8.
- 38 EKSTRÖM N, CEDERHOLM J, ZETHELIUS B, et al. *Aspirin treatment and risk of first incident cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes: an observational study from the Swedish National Diabetes Register*. BMJ Open. 1 janv 2013;3(4):e002688.
- 39 YOUNIS N, WILLIAMS S, AMMORI B, et al. *Role of aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in diabetes mellitus: a meta-analysis*. Expert Opin Pharmacother. 2010. Jun;11(9):1459-66
- 40 FERRY M. *Pertinence médicale (qualité des soins) et pertinence pratique (faisabilité) de 18 des 29 indicateurs de la rémunération à la performance : revue de la littérature et étude comparative entre deux groupes de médecins généralistes*. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2014, 151 p.

- 41 LEROY O. *Activités et pratiques professionnelles des maîtres de stage ambulatoire de la faculté d'Angers*. Thèse de doctorat en médecine. Angers : Faculté de médecine, 2011, 61 p.
- 42 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *La démographie médicale en région pays-de-la-Loire. Situation en 2013*. Atlas régional [en ligne], 28 novembre 2013. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf (consulté le 9 juillet 2015)
- 43 OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (ORS) – UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX. *Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération*. [en ligne] Octobre 2009. Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2009panel1_v3_rapport.pdf (consulté le 16 octobre 2015)
- 44 OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (ORS) – UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX. *Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays-de-la-Loire en 2007*. [en ligne] Février 2008. Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2008panel1_v1_rapport.pdf (consulté le 9 juillet 2015)
- 45 CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. *Rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins*. Dossier de presse [en ligne], 10 avril 2014. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013-2.pdf (consulté le 31 juillet 2015)
- 46 CHHO C. *Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)*. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Faculté de médecine Paris Sud, 2015, 62 p.
- 47 LEITZ B. *Étude descriptive sur la modification du comportement du médecin généraliste face à la rémunération sur objectifs de santé publique dans le Nord-Pas-de-Calais*. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Faculté de médecine Lille 2, 2014
- 48 RAT C., PENHOUET G., GAULTIER A., et al. *Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices?* BMC Health Services Research 2014, 14:301
- 49 MAILHEAU PLARD C. *Les médecins généralistes et la vaccination antigrippale. Enquête d'opinion et de pratique menée auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées pendant l'hiver 2013-2014*. Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : faculté de médecine, 2014, 70 p.

- 50 LI EC, HERAN BS, WRIGHT JM. *Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors versus angiotensin receptor blockers for primary hypertension*. Cochrane Database Syst Rev. 2014;8:CD009096
- 51 VERDET C. *Étude des obstacles au dépistage de la rétinopathie diabétique selon le niveau de précarité*. Thèse de doctorat en médecine. Grenoble : faculté de médecine, 2013, 114 p.
- 52 CNAMTS : DIRECTION DELEGUEE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS. *Actualisation : Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des médecins traitants. Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale*. [en ligne] Octobre 2014. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/note_methodo_pratique_clinique_octobre_2014.pdf (consulté le 26 nov. 2015)
- 53 UNOF-CSMF. *ROSP : ces patients non comptés qui ne vous rapportent rien*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unof.org/+ROSP-ces-patients-non-comptes-qui+.html> (consulté le 9 juillet 2015)
- 54 SIGNORET J. *Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010*. Thèse de doctorat en médecine. Versailles : faculté de médecine Paris Île-de-France Ouest, 2012, 96 p.
- 55 COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS. *Quelle performance pour le paiement à la performance ?* [en ligne]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/quelle_performanc_e_pour_le_paiement_la_performance/ (consulté le 9 juillet 2015)
- 56 BLANC-GARIN G., DANIA-JAMBU E., PLANTUREUX M. et al. *Apport d'un système d'exceptions dans la mesure des indicateurs de la ROSP : Exemple des indicateurs concernant le diabète, l'hypertension artérielle, les benzodiazépines et les statines*. In : 3^e journée recherche de la SFTG. 8 février 2014, Paris [en ligne]. Disponible sur : http://www.sftg.net/recherche/médias/journéerecherche2014/PPT_Exception_reporting.pdf (consulté le 9 juillet 2015)
- 57 DORAN T, KONTOPANTELIS E, REEVES D, et al. *Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF?* BMJ 2014;348:g1595.
- 58 COUR DES COMPTES. *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat [en ligne], juin 2014. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r13-699/r13-699-annexe.pdf> (consulté le 9 juillet 2015)

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge

Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la patientèle

Figure 3 : Perception des indicateurs ayant de mauvais résultats ou jugés peu pertinents

Figure 4 : Objectifs les plus difficiles à réaliser

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Comparaison des caractéristiques de notre échantillon avec les données de référence pour les Pays de la Loire

Tableau II : Étude des facteurs d'influence sur l'accueil de la ROSP

Tableau III : Étude des facteurs d'influence sur les modifications de pratique

Tableau IV : Facteurs d'influence sur l'entrave aux décisions

Tableau V : Facteurs d'influence sur la réticence envers la ROSP

Tableau VI : Souhait d'augmenter le nombre d'indicateurs selon l'âge

ANNEXES :

Annexe A : indicateurs de la ROSP
 (source : <http://wiki.medimust.com/index.php/P4P>)

Rémunération à la performance : définition des indicateurs et justificatifs à produire

ORGANISATION DU CABINET ET QUALITÉ DES SERVICES			
Indicateurs	Nombre de points	Justificatifs	
Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75	<ul style="list-style-type: none"> - Données cliniques : à minima données de suivi cliniques prises en compte dans les indicateurs de pratique clinique (TA, résultats du dosage HbA1c et LDL cholestérol) mais ne peuvent se limiter à ses données 	
Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50		
Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75	<ul style="list-style-type: none"> - connection aux téléservices (au moins un arrêt de travail en ligne ou une déclaration de médecin traitant ou un protocole électronique) 	<ul style="list-style-type: none"> - Déclaration à la CPAM ou sur Espace Pro - Justificatifs (fournis pour la durée de la convention) <ul style="list-style-type: none"> o factures d'achat o ou bons de commande émis o ou factures de contrat de maintenance
Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150 (fonction du nombre de patients)	<ul style="list-style-type: none"> - déclaration du médecin traitant - Contenu de la synthèse : <ul style="list-style-type: none"> o Etat civil o Coordonnées du médecin traitant o Antécédents personnels utiles o Antécédents familiaux utiles o Principales constantes o Traitement(s) en cours et pathologie o Faits marquants et propositions thérapeutiques 	
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	<ul style="list-style-type: none"> - Déclaration du médecin de l'affichage des horaires dans le cabinet et sur les modalités de consultations (avec ou sans rendez-vous) - A terme : Déclaration pour affichage dans Ameli-direct 	
TOTAL	400		

CPAM de la Dordogne Janvier 2012

QUALITE DE LA PRATIQUE MEDICALE							
Champs	Thèmes	Indicateurs	OI	OC	SM	Pts	Justificatifs
LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES 250 points	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme MT et bénéficiant de 3 à 4 dosage d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme MT Résultats de dosages de l'HbA1c	54%	≥ 65 %	10 patients	30	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosage d'HbA1c sont < 8,5% parmi l'ensemble des patients traités diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT Résultats de dosages de l'HbA1c < 8,5%	80%	≥ 90 %	10 patients	15	Données de suivi clinique déclarées annuellement par le médecin
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosage d'HbA1c sont < 7,5% parmi l'ensemble des patients traités diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT Résultats de dosages de l'HbA1c < 7,5%	60%	≥ 80%	10 patients	25	Données de suivi clinique déclarées annuellement par le médecin
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosage de LDL cholestérol sont < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients traités diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT Résultats de dosages de LDL < 1,5 g/l	80%	≥ 90%	10 patients	10	Données de suivi clinique déclarées annuellement par le médecin
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosage de LDL cholestérol sont < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients traités diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme MT Résultats de dosages de LDL < 1,3 g/l	65%	≥ 80%	10 patients	25	Données de suivi clinique déclarées annuellement par le médecin
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond de l'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	68%	≥ 80%	10 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
		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 Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	65%	≥ 75%	10 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
		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 et bénéficiant d'un traitement par aspirine à faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	52%	≥ 65%	10 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Hyper-tension artérielle	Nombre de patient MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs Résultats de la mesure de la pression artérielle	50%	≥ 60%	20 patients	40	Données de suivi clinique déclarées annuellement par le médecin

CPAM de la Dordogne Janvier 2012

LA PRÉVENTION 250 POINTS							
L'EFFICACITÉ 400 points							
CPAM de la Dordogne Janvier 2012	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 Vaccination antigrippale des 65 ans ou plus	62%	≥ 75%	20 patients	20	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
		Nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	62%	≥ 75%	10 patients	20	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans Dépistage du cancer du sein	70%	≥ 80%	20 patientes	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans Vasodilatateurs	7%	≤ 5%	20 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Benzodiazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans Benzodiazépines à demi vie longue	11%	≤ 3%	20 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Durée de traitement par benzodiazépine	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir du 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période Durée de la prescription des benzodiazépines	13%	≤ 12%	5 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes âgées 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 Dépistage cancer du col de l'utérus	65%	≥ 80%	20 patientes	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
Antibiotiques	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD Usage pertinent de l'antibiothérapie	40	≤ 37%	20 patients	35	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
		Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes) Prescription dans le répertoire d'Antibiotique	85%	≥ 90%	40 boîtes	60	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie

CPAM de la Dordogne Janvier 2012

	IPP	Prescription (en nombre de boîtes) d'IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes) Prescription dans le répertoire des IPP	68%	$\geq 85\%$	35 boîtes	60	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) de statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes) Prescription dans le répertoire des statines	46%	$\geq 70\%$	30 boîtes	60	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nombre de boîtes) d'antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes) Prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs	64%	$\geq 65\%$	30 boîtes	55	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Antidépresseurs	Prescription (en nombre de boîtes) d'antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes) Prescription dans le répertoire d'antidépresseurs	75%	$\geq 80\%$	30 boîtes	55	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	IEC	Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IEC prescrits (en nombre de boîtes) Ratio IEC/(IEC+sartans)	45%	$\geq 65\%$	50 boîtes	55	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	84%	$\geq 85\%$	10 patients	55	Données issues des bases de remboursements de l'assurance maladie
TOTAL						900	

OI : Objectif intermédiaire
OC : Objectif cible
SM : seuil minimal

Indicateurs en gras : indicateurs communs au CAPI et au P4P

CPAM de la Dordogne Janvier 2012



Annexe B : questionnaire

Indiquez votre âge

53

Sexe

- Homme
- Femme

Milieu d'exercice

- Rural (moins de 2000 habitants)
- Semi-rural (2000 à 10000 habitants)
- Urbain (plus de 10000 habitants et communes limitrophes)

Taille de la patientèle - Nombre de patients dont vous êtes le médecin traitant (approximativement, à la centaine près)

500

Participation à une formation médicale continue ou à un groupe d'échange de pratique

- oui
- non

Appartenez-vous à un syndicat médical ?

- oui
- non

Précisez le nom du syndicat

test

Comment avez-vous accueilli l'instauration de la ROSP ?

- favorablement
- défavorablement
- indifféremment

1 / 7 Suivant

Connaissiez-vous les indicateurs de la ROSP avant de répondre à ce questionnaire ?

- oui
- non

Considérez-vous votre performance selon la ROSP représentative de la qualité de votre travail ?

- oui
- non

Quelle est votre perception des indicateurs suivants proposés par la ROSP ?

Indicateurs liés aux résultats cliniques ou biologiques (hémoglobine glyquée, LDL-cholestérol et HTA)

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil minimal pour la prescription d'aspirine aux diabétiques à haut risque cardiovasculaire

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil maximal pour les prescriptions de benzodiazépines > 12 semaines

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil minimal de vaccination antigrippale chez les plus de 65 ans et ALD

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil minimal de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population cible

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil minimal de dépistage du cancer du sein dans la population cible

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil maximal pour la prescription d'antibiotiques chez les 16-65 ans hors ALD

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil minimal pour le ratio IEC / (IEC+sartan)

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Seuil minimal de diabétiques ayant un fond d'oeil tous les 2 ans

- Totalement défavorable
- Plutôt défavorable
- Plutôt favorable
- Totalement favorable

Précédent 2 / 7 Suivant

Les objectifs de la ROSP vous semblent-ils réalisables ?

- oui tous les objectifs sont réalisables oui en majorité oui mais seulement quelques uns non aucun

Cochez les indicateurs les plus difficilement réalisables à vos yeux (maximum 3 indicateurs). Afin de faciliter l'analyse, certains indicateurs proches ont été réunis sous une même dénomination

- Au moins 3 dosages de l'hémoglobine glyquée par an chez les diabétiques
 Mesures cibles d'hémoglobine glyquée chez les diabétiques
 Mesures cibles de LDL-cholestérol pour les diabétiques
 Fond d'oeil tous les 2 ans pour les diabétiques
 Mesures cibles de pression artérielle
 Prévention par statine des diabétiques à haut risque cardiovasculaire
 Prévention par aspirine des diabétiques à haut risque cardiovasculaire
 Vaccination antigrippale des plus de 65 ans et ALD
 Dépistage du cancer du sein
 Dépistage du cancer du col de l'utérus
 Diminuer la prescription de vasodilatateur
 Diminuer la prescription de benzodiazépines à demi-vie longue
 Limiter la prescription de benzodiazépines à 12 semaines
 Usage parcimonieux des antibiotiques
 Prescription des génériques
 Diminuer les prescriptions de sartans au profit des IEC
 Privilégier l'aspirine parmi les antiagrégants

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour la réalisation des objectifs de la ROSP ? (difficultés liées au patient, difficultés techniques...)

test

[Précédent](#) 3 / 7 [Suivant](#)

Pensez-vous que les disparités territoriales jouent un rôle important dans l'atteinte des objectifs ? (ex : distance du laboratoire, des infirmières, des ophtalmologues...)

- oui non ne se prononce pas

Globalement, la ROSP a-t-elle modifié votre pratique médicale ?

- oui
 non

Concernant l'organisation du cabinet :**Quelles sont les modifications effectuées à votre cabinet depuis la ROSP pour satisfaire aux indicateurs ?**

- Passage au dossier informatisé Installation d'un logiciel agréé de prescription
 Installation d'un lecteur de carte vitale Aucune

Les coûts de mise en conformité sont-ils compensés suffisamment par la ROSP ?

- oui ne sait pas
 non ne se prononce pas

Concernant l'HTA et le diabète :**Pensez-vous que la ROSP soit une amélioration concernant le suivi de ces pathologies chroniques ?**

- oui
 non ne se prononce pas

La ROSP a-t-elle modifié votre prise en charge de ces pathologies ?

- oui pour HTA et diabète oui pour le diabète
 oui pour l'HTA non

Si oui, qu'est-ce qui a changé dans votre prise en charge ?

[Précédent](#) 4 / 7 [Suivant](#)

Vous arrive-t-il de "tricher" sur vos résultats déclaratifs (taux de diabétiques et d'hypertendus équilibrés) ? (question facultative, mais pour rappel le questionnaire est anonyme)

- oui par impossibilité technique
 oui par intérêt personnel

non

Concernant la prévention et la santé publique :

Pensez-vous que la ROSP contribue à améliorer la prévention ?

- oui
 non

ne se prononce pas

Depuis la ROSP, recommandez-vous plus régulièrement la vaccination antigrippale aux populations cibles ?

- oui
 non

Depuis la ROSP, recommandez-vous plus régulièrement le dépistage du cancer du col utérin à la population cible ?

- oui
 non

non et je n'en fais pas actuellement

La ROSP vous a-t-elle encouragé à faire des frottis cervico-vaginaux si vous ne le faisiez pas ?

- oui
 non,j'en fait déjà à mon cabinet

Depuis la ROSP, recommandez-vous plus régulièrement le dépistage du cancer du sein à la population concernée ?

- oui
 non

[Précédent] [5 / 7] [Suivant]

Concernant les génériques :

La ROSP vous a-t-elle incité à prescrire plus systématiquement en générique ou en DCI ?

- oui, pour l'ensemble des médicaments
 oui, seulement pour les médicaments concernés par la ROSP

non

Concernant les benzodiazépines (BZD)

La ROSP vous a-t-elle poussé à prescrire moins de benzodiazépines chez les patients âgés ?

- oui
 non

La ROSP vous a-t-elle incité à proposer davantage de sevrages aux patients qui prennent des BZD au long cours ?

- oui
 non

Concernant les antibiotiques

La ROSP a-t-elle contribué à diminuer vos prescriptions d'antibiotiques ?

- oui
 non

Prenez l'exemple des angines : depuis la mise en place de la ROSP, utilisez-vous plus régulièrement le test de dépistage rapide (streptatest) avant prescription d'antibiotique ?

- oui
 non

[Précédent] [6 / 7] [Suivant]

Concernant la ROSP dans son ensemble

La ROSP participe-t-elle à vous rendre moins attentif envers certains objectifs non rémunérés ?

- oui ne se prononce pas
 non

Diriez-vous que votre rapport au patient a changé depuis la mise en place de la ROSP ?

- oui ne se prononce pas
 non

Diriez-vous que la ROSP est une entrave à vos décisions et prescriptions médicales ?

- oui
 non

Pensez-vous intéressant de pouvoir exclure certains patients du calcul des indicateurs de la ROSP (exemple : fin de vie, effets secondaires...)?

- oui ne se prononce pas
 non

Souhaitez-vous une augmentation du nombre d'indicateurs de la ROSP ?

- oui
 non

Avez-vous des réticences vis-à-vis de la ROSP ?

- oui
 non

Si oui, quelles sont-elles ?

test

Comment qualifiez-vous vos relations habituelles avec les Caisses d'assurance maladie ? Sur une échelle de 1=très mauvaises... à 4=très bonnes

- 1 3
 2 4