

Année 2014

N°

**THÈSE POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

LEFEVRE Pierra

Née le 11 Décembre 1987 à HARFLEUR (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 OCTOBRE 2014

**COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ONT-ILS
INTÉGRÉ LA ROSP A LEUR PRATIQUE ?**

Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie.

Président du Jury : Monsieur le Professeur CZERNICHOW Pierre
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BRUNET Gilles
Membres du Jury : Monsieur le Professeur LEVESQUE Hervé
Monsieur le Professeur MERCIER Alain

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSEESSEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES -
C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M.
LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P. LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT -
M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB
- R.SOYER - B.TARDIF -TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHO	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMO	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie

M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du développ. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Sumombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
----------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

À monsieur le Professeur Czernichow,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À monsieur le Professeur Levesque,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury afin d'apprécier la qualité de mon travail et j'ai pu effectuer mes débuts d'interne au sein de votre service. J'en garderai des souvenirs très formateurs, soyez assuré de ma reconnaissance sincère.

À monsieur le Professeur Mercier,

Vous m'avez permis de déceler et de mieux comprendre les difficultés de l'étude qualitative. Merci de m'avoir apporté cette aide précieuse et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

À monsieur le Docteur Brunet,

Tu m'as fait découvrir la médecine générale, la joie des premiers remplas et tu as accepté tout de suite de diriger ma thèse. Je n'oublierai pas nos fous rires en consultation. Merci à toi.

Aux quatorze médecins ayant participé à cette étude,

Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Un grand merci en particulier au Dr Claus Noëlle... Tu m'as fait découvrir une autre médecine, celle que j'aimerai pratiquer plus tard. J'ai un profond respect pour toi.

Aux médecins m'ayant accueillie durant mes stages en médecine générale,

Aux Docteurs Achte, Boixel, Brunet, Chauvet, Claus et Dero. Merci de m'avoir fait partager vos expériences, vous m'avez chacun apporté votre vision de la médecine générale et cela se ressentira sûrement sur mon futur exercice.

À l'équipe médicale des urgences pédiatriques, Dr Le Roux Pascal, Florie, Stéphanie, Nicole, Damien et Malek,

Vous m'avez fait découvrir et aimer la pédiatrie, merci pour votre accueil. Je suis ravie de vous rejoindre en novembre et j'ai hâte de faire partie de votre équipe !

À mes amis, et en particulier Benjamin, Pascal et ma Tita avec qui j'ai passé un externat inoubliable ! J'espère vraiment tous vous revoir malgré nos chemins différents.

À ma famille,

Tantes, oncles, cousins et mon frère. Merci pour votre soutien et votre amour tout au long de mes études. Pierre et François, je vais enfin avoir le temps de m'entraîner pour notre 2^{ème} marathon !

À mes parents,

Merci pour votre amour infini. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Vous m'avez soutenue, aimée et m'avez ouvert l'esprit à tant d'autres choses que la médecine. Merci mam' pour ton immense aide, tes innombrables relectures, sans toi ma thèse ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui. Je vous aime tant...

À mes beaux-parents,

Merci pour votre accueil toujours aussi chaleureux.

À Mathieu,

Merci pour ton amour, ton calme et ta présence. Je reconnais la chance de t'avoir chaque jour à mes côtés et maintenant que nos thèses sont enfin rédigées, l'avenir ne nous promet que des belles choses. Je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée
AM : Assurance Maladie
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication
BMA : British Medical Association
CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COMPAQ-HPST : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité – Hôpital Patient Sécurité Territoire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
DAM : Délégué de l'Assurance Maladie
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DCI : Dénomination Commune Internationale
EBM : Evidence Based Medicine
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
HBA1C : Hémoglobine glyquée
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HMO : Health Maintenance Organisations
HTA : Hypertension Artérielle
IFAQ : Incitation Financière À la Qualité
ISS : Inégalités Sociales de Santé
MCO : Managed Care Organisations
MG France : Fédération Française des Médecins Généralistes
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
NHS : National Health Service
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONM : Ordre National des Médecins
P4P : Pay for Performance
PCT : Primary Care Trust
QDN : Quoi De Neuf
QOF : Quality and Outcomes Framework
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSI : Régime Social des Indépendants
SML : Syndicat des Médecins Libéraux
TDR : Test de Diagnostic Rapide
UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
CONTEXTE	21
I. La ROSP	21
1. De quoi s'agit-il ?	21
2. Pour qui ?	21
3. Comment ça marche ?	22
4. Quels indicateurs ?	22
5. En pratique	23
6. Par rapport au CAPI	24
II. La rémunération des médecins	25
1. Le paiement à l'acte	25
2. Vers un autre mode de rémunération	27
3. Les exemples étrangers	28
III. Le paiement à la performance à l'étranger	29
1. Le Royaume-Uni	29
2. Les États-Unis	33
IV. Résultats en France	34
V. Les avis face à la ROSP	37
1. Les syndicats	37
2. Le Conseil de l'Ordre	38
3. Et les patients ?	38
PROBLÉMATIQUE	40
MATÉRIELS ET MÉTHODES	41
I. Le choix de la méthode	41
1. Une méthode qualitative	41
2. Des entretiens individuels semi-dirigés	41
3. Le guide d'entretien	41
II. La population étudiée	42
1. Critères d'inclusion	42
2. Critères d'exclusion	42
3. Recrutement	42
4. Déroulement des entretiens	43
III. L'analyse des données	43
1. La retranscription	43
2. L'analyse thématique	43
RÉSULTATS	45
I. Les médecins participants	45
II. L'analyse qualitative des entretiens	47
1. Une appréciation variée du dispositif	47

1.1 Un système contraignant et infantilisant	47
1.2 Un système apprécié revalorisant les pratiques.....	47
1.3 Un système non contraignant.....	48
1.4 Une tutelle syndicale	49
1.5 Une adhésion passive	50
2. La ROSP et l'argent	50
2.1 Une bonne alternative au paiement à l'acte	50
2.2 L'importance de préserver le paiement à l'acte.....	51
2.3 Une revalorisation déguisée du « C »	51
2.4 L'argent comme élément de motivation ?	52
2.5 Utilisation des revenus générés.....	53
2.6 Des ressources épuisables	53
2.6.1 Inhérentes au coût financier	53
2.6.2 Inhérentes à la nouvelle génération de médecins.....	54
3. Nature et contenu des indicateurs	54
3.1 La pertinence des indicateurs retenus ?.....	54
3.1.1 Le diabète	55
3.1.2 L'hypertension artérielle	56
3.1.3 La vaccination antigrippale	56
3.1.4 Les antibiotiques	56
3.2 L'émergence des génériques	56
3.3 Une modalité critiquable	57
3.4 Une stratégie pharmaceutique	58
3.5 Des barrières à la réalisation des objectifs	59
3.5.1 Inhérentes à la pratique médicale	59
3.5.2 Inhérentes à la patientèle	59
3.6 Vers d'autres indicateurs	60
4. La problématique éthique du dispositif	61
4.1 Un conflit d'intérêt financier sur la santé du patient	61
4.2 Une adaptation de la pratique médicale aux indicateurs « rémunérateurs » ?	62
4.3 Une rémunération non méritée sur des objectifs déontologiquement évidents	62
5. Les rapports à l'Assurance Maladie	63
5.1 Un partenariat légitime et nécessaire	63
5.2 Une redéfinition de la place du médecin traitant	64
5.3 Le rôle informatif de l'AM.....	65
5.4 La crainte d'une relation servile	65
5.5 La méfiance de la fiabilité des résultats.....	66
6. La relation médecin-malade.....	66
6.1 Faut-il en informer le patient ?.....	66
6.2 Une relation inchangée.....	67
6.3 Un risque de sélection de la patientèle	67

6.4 L'ordinateur : vers une relation triangulaire	68
7. Vers une autre médecine ?	69
7.1 Une revalorisation de la médecine préventive.....	69
7.2 Une évolution de la médecine libérale	70
7.3 Une standardisation et homogénéisation de la médecine.....	71
7.4 Vers un système britannique/américain	72
7.5 Une démarche politico-économique	72
DISCUSSION	75
I. La méthode.....	75
1. Le choix de la méthode	75
2. Les médecins rencontrés.....	75
3. Le guide d'entretien	76
4. Le déroulement des entretiens.....	77
5. La retranscription et l'analyse des données	77
II. Les principaux résultats.....	77
1. Une adhésion étonnante au dispositif	77
2. Les indicateurs de la ROSP	78
2.1 Un certain consensus en leur faveur	78
2.2 L'émergence des génériques	79
3. L'Assurance Maladie fin stratège	80
3.1 Des images explicites	80
3.2 Unique juge et décideur	80
3.3 Un but économique caché	81
4. La ROSP au sein de la pratique.....	82
4.1 Une coquille vide ?.....	82
4.2 La ROSP comme atteinte aux libertés.....	83
5. L'argent de la ROSP	84
5.1 Efficacité des mesures incitatives	84
5.2 Un manquement à l'éthique professionnelle	85
6. L'avenir	86
6.1 Une étatisation de la médecine	86
6.2 Des perspectives d'évolution de la ROSP	88
7. Des pistes de recherche envisageables.....	89
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES	97
RÉSUMÉ	104

INTRODUCTION

Dans un contexte de maîtrise budgétaire des coûts de la santé et d'amélioration de la qualité des soins primaires, l'Assurance Maladie a mis en place le Paiement à la Performance, qui reprend l'anglicisme « Pay For Performance » (P4P). Le P4P a été signé lors de la nouvelle convention du 26 juillet 2011 pour 5 ans, en accord avec les trois principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML et MG France).

Le P4P, nouvellement désigné sous le nom de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) depuis 2012, a 3 objectifs principaux :

- renforcer l'accès aux soins,
- mieux reconnaître la qualité des soins,
- moderniser et simplifier les conditions d'exercice.¹

Le médecin généraliste voit son rôle de médecin « curatif » évoluer vers une prise en charge globale de ses patients en tenant compte des contraintes économiques. Le paiement à l'acte n'étant pas perçu comme « incitatif » pour cette mission, des rémunérations complémentaires visant à valoriser ces actes de santé publique ont été proposées, notamment sous la forme d'un Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) en 2009.

Abrogé depuis le 21 novembre 2011, le CAPI se voit remplacé et amplifié par la ROSP. Elle s'applique à tous les médecins qui ne l'ont pas refusée par lettre recommandée à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) avant le 26 décembre 2011 ou dans les trois mois suivant l'installation pour les nouveaux installés, c'est-à-dire à l'immense majorité d'entre eux. Une fois acceptée, il n'est pas permis de sortir du dispositif.²

À 2 ans de sa mise en place, le dispositif de ROSP marque un tournant décisif dans l'évolution des pratiques, orientant davantage les soins vers le préventif, grâce à un partenariat renouvelé entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux.

Ce dispositif se présente comme un enjeu pour le système de soins afin de réduire les hétérogénéités des pratiques et les écarts avec les recommandations de bonne pratique dans une démarche de progrès continu.

Le Quality and Outcomes Framework (QOF) des médecins généralistes anglais constitue la première expérience de paiement à la performance à grande échelle en Europe depuis 2004. Quelques années après sa mise en place, ses objectifs semblent avoir été remplis : amélioration de la qualité des soins, réduction des inégalités régionales.³ A l'image de ce modèle britannique, la ROSP s'inscrit comme une révolution de la médecine libérale de l'hexagone.

Cependant, dès son apparition, les critiques ont été vives de la part des professionnels concernés, syndicats et de l'Ordre des Médecins^{4,5}, malgré une forte adhésion. L'évolution semble à ce jour s'inscrire dans un contexte d'opinions de plus en plus favorables. Si les médecins étaient plutôt réservés vis-à-vis de la mise en place de la relation contractuelle individualisée en 2011, ils sont aujourd'hui 57% à considérer que l'Assurance Maladie les aide, par cette évolution, à atteindre leurs objectifs de santé publique.¹

La première partie de cette étude pose le contexte d'émergence de la ROSP en le situant par rapport aux exemples étrangers.

La deuxième partie décrit une étude qualitative menée en Haute-Normandie auprès de médecins généralistes libéraux signataires de la ROSP.

CONTEXTE

I. La ROSP

1. De quoi s'agit-il ?

Le paiement sur objectifs de santé publique est une option conventionnelle à choix individuel. Le contenu de cette option est défini nationalement par les partenaires conventionnels et laissé au libre choix de chacun des médecins, quel que soit le secteur d'exercice. Contrairement au CAPI, aucun module n'est obligatoire, le médecin sera rémunéré pour les indicateurs qu'il a choisis.

Un ensemble d'indicateurs est proposé avec des objectifs déterminés à partir des chiffres atteints par un tiers des médecins, afin qu'ils restent cohérents avec la pratique et accessibles à tous. Le médecin choisi librement le ou les indicateurs qui l'intéressent et perçoit une rémunération supplémentaire calculée en fonction de son degré d'atteinte de l'objectif. Pour déclencher la rémunération, il lui suffit de retourner le formulaire déclaratif adressé par la caisse chaque année.⁶

2. Pour qui ?

Le paiement à la performance se déroule en deux temps. Dans un premier temps, il concerne les médecins traitants (rémunération moyenne jusqu'à 9 100 €). Dans un second temps, le volet "organisation du cabinet" (1 750 €) s'adresse maintenant à toutes les spécialités.

Le dispositif doit être adapté à toutes les spécialités. Dans une première étape, il concernera les cardiologues, puis les endocrinologues, pédiatres et gastro-entérologues, puis progressivement les autres spécialités.⁶

3. Comment ça marche ?

Le système proposé est une rémunération par points et par objectifs. Les médecins choisissent librement parmi 4 types d'indicateurs celui ou ceux qui les intéressent. Chacun de ces objectifs correspond à un total de points et chaque point correspond à un montant de 7 €. La rémunération correspondra au nombre de points totalisés sur les indicateurs retenus et sera payée au début de l'année n+1. La base de la rémunération est basée sur une patientèle de 800 patients (en fait la moyenne actuelle est de 1000 patients par médecin traitant).

Pour les nouveaux installés, la valeur du point est majorée de 15% la 1^{ère} année d'installation (8,05 €), de 10% la 2^{ème} (7,70 €), et de 5% la 3^{ème} (7,35 €).

La formule de calcul de la rémunération est la suivante :

$$\text{Nombre de points} \times 7 \text{ €} \times \text{nombre de patients} / 800 = \text{Rémunération annuelle}$$

La rémunération est également perçue si les objectifs ne sont atteints que partiellement. La rémunération n'est pas seulement liée à l'atteinte totale ou partielle des objectifs, la progressivité est également prise en compte. Ainsi, si le médecin parvient à améliorer ses résultats même s'il n'a pas atteint ses objectifs, il percevra une rémunération. Dans ce cas, le médecin recevra une partie de la rémunération prévue calculée sur la base de sa progression constatée par rapport à un objectif intermédiaire déterminé conventionnellement.

4. Quels indicateurs ?

Le contenu des indicateurs a été négocié nationalement pour l'ensemble des médecins entre les syndicats et les caisses. Les indicateurs sont collectifs, c'est-à-dire identiques pour tous les médecins. Ce système ne comporte aucune sanction, la non atteinte des objectifs sur un ou plusieurs indicateurs ne bloque pas le paiement acquis sur les autres indicateurs choisis. Chaque module d'indicateur est indépendant des autres.

Quatre types d'indicateurs sont proposés :

1) 9 indicateurs cliniques (250 points) pour 2 pathologies : le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle (HTA) :

- 6 indicateurs de suivi : 4 dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) par an, fond d'œil tous les 2 ans, traitement des patients diabétiques à haut risque vasculaire (anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose)
- 3 indicateurs de résultats (déclaratifs) : normalisation des chiffres tensionnels, normalisation des chiffres d'HbA1c avec 2 niveaux ($<8,5\%$ et $<7,5\%$), normalisation du LDL cholestérol chez les diabétiques avec 2 niveaux ($<1,5$ et $<1,3$).

2) 8 indicateurs de prévention et de santé publique (250 points) : dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, vaccination antigrippale, prescription de vasodilatateurs et de benzodiazépines chez les personnes âgées, volume de prescription des antibiotiques (hors ALD et âges extrêmes), ...

3) 5 indicateurs d'organisation du cabinet (400 points) avec :

- tenue d'un dossier médical informatisé (75 points)
- information des patients sur les plages horaires de consultation (50 points),
- utilisation de logiciels d'aides à la prescription certifiés par la HAS (50 points),
- informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices (75 points),
- élaboration à partir du dossier informatisé d'une synthèse annuelle par le médecin traitant (150 points)

4) 7 indicateurs d'efficience (400 points) : Ils concernent la prescription dans le répertoire générique pour les antibiotiques, les IPP, les statines, les antihypertenseurs et les antidépresseurs, mais aussi la prescription des IEC et Sartans, de même que l'aspirine à faible dose en qualité d'anti-agrégant plaquettaire.

5. En pratique

Les médecins sont contactés par la CPAM de leur lieu d'exercice à la fin de l'année n ou au début de l'année n+1. Ils doivent remplir un formulaire déclaratif des indicateurs

«organisation du cabinet». Il est rempli en ligne, dans l'espace professionnel personnalisé du médecin, sur le site ameli.fr.

Les indicateurs chiffrés sont récupérés directement par la caisse grâce aux données de remboursement auxquelles elle a directement accès pour chaque patient. Ainsi, elle comptabilise les boîtes de médicaments achetés en pharmacie, les actes de radiologie, d'ophtalmologie et de laboratoire pour tous les patients d'un même médecin traitant (hors patients MSA, RSI...).

Il est important de noter que les données de remboursement récupérées par la caisse ne discriminent pas le prescripteur car elles ne font pas la différence entre des prescriptions émanant du médecin traitant, d'un spécialiste ou d'un recours de 2^{ème} ou 3^{ème} ligne.

De plus, dans le cadre des génériques, la caisse ne peut pas faire la différence entre la prescription dans le répertoire générique par le médecin et la substitution générique par le pharmacien.

6. Par rapport au CAPI

La ROSP est désignée comme l'héritière du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles).

Lancé en 2009, le CAPI est un contrat signé individuellement entre le médecin et l'Assurance Maladie. L'engagement se fait sur 3 ans, avec possibilité de rupture du contrat à tout moment et ne concerne que les médecins généralistes installés depuis au moins 2 ans et éligibles dans au moins 13 des 16 indicateurs du CAPI.

Le CAPI contenait moins d'indicateurs : au nombre de 16, ils recoupaient les indicateurs de la ROSP actuelle, soit la prévention, le suivi des maladies chroniques (HTA et diabète) et l'optimisation des prescriptions. Les indicateurs d'organisation du cabinet n'existaient pas.⁷

Le CAPI était moins exigeant sur plusieurs indicateurs :

- le taux de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs (<7% dans le CAPI, <5% dans la ROSP)

- le nombre annuel d'HBA1C (exigé à 3/an uniquement pour les hommes diabétiques >50 ans, et les femmes >60 ans dans le CAPI, exigé pour tous les diabétiques indépendamment de leur âge dans la ROSP)
- les objectifs de pression artérielle des hypertendus (PA <140/90mmHg pour 50% des patients traités dans le CAPI, pour 60% dans la ROSP)
- la prescription dans le répertoire générique pour les IPP (80% dans le CAPI, 85% dans la ROSP) et les antihypertenseurs toutes classes confondues (60% pour le CAPI, 65% pour la ROSP).

1 seul item sur 16 est déclaratif (la pression artérielle) dans le CAPI contre 10 sur 29 dans la ROSP.

À 2 ans de sa mise en place, le CAPI comptait environ 16 000 signataires selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), soit plus d'1 médecin éligible sur 3. La ROSP comptait alors 85 187 médecins signataires en 2013¹ dont plus de 9 médecins généralistes éligibles sur 10.

II. La rémunération des médecins

La rémunération des médecins libéraux est une variable clé de la régulation de notre système de santé. Celle-ci doit être définie de telle sorte qu'elle concilie au mieux :

- pour les médecins, revenus satisfaisants et conditions de travail attractives
- pour les patients, qualité et facilité d'accès aux soins
- pour l'Etat et l'Assurance Maladie, équité dans l'accès aux soins, efficience des dépenses et niveau élevé de santé publique.⁸

1. Le paiement à l'acte

Enoncés dès 1928 par l'assemblée constitutive de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), les cinq principes de la médecine libérale sont : le libre choix du médecin par le malade, le respect du secret professionnel, la liberté de prescription, et, en ce qui

concerne la rémunération, le paiement à l'acte et l'entente directe sur le prix entre le patient et le médecin.

Le paiement à l'acte constitue un des symboles de l'identité libérale. Les médecins le présentent parfois comme le garant de la relation de confiance qui préside au colloque singulier entre eux-mêmes et leurs patients. Ces principes ont toutefois été progressivement remis en question.

Dès 1945, l'entente directe a été limitée par des conventions départementales destinées à encadrer les tarifs, puis par leur plafonnement par arrêté ministériel en 1960. Cela n'a pas permis une réelle régulation, les médecins continuant dans la pratique à déterminer leurs propres tarifs.

La médicalisation croissante dans les années 1960, faisant craindre une diminution des actes, a conduit les médecins à accepter la première convention nationale en 1971. Les tarifs ont dès lors été fixés par arrêté ministériel et les médecins libéraux volontaires conventionnés : le paiement à l'acte est maintenu, mais les tarifs sont désormais fixés par la convention et entérinés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des finances. En contrepartie, une part des cotisations sociales du médecin est prise en charge par les caisses d'assurance maladie. Pour le patient, le tarif opposable constitue la base de remboursement par l'assurance maladie.

La problématique des revenus médicaux a donc été au cœur de la naissance du système conventionnel. Le système mis en place en 1971 n'a néanmoins duré que neuf ans pour laisser place à une nouvelle liberté tarifaire : le secteur 2.

En 1980, les pouvoirs publics ont décidé la création d'un deuxième secteur de conventionnement qui autorise des tarifs libres afin de permettre l'évolution des revenus des médecins. Par opposition au secteur 1, le secteur 2 ne prévoit pas de prise en charge des cotisations sociales. On désigne par dépassement d'honoraires la part du paiement supérieur au tarif opposable.

En 1990, devant l'attraction grandissante pour ce nouveau secteur, initialement conçu comme devant être l'exception, une nouvelle réforme est intervenue afin d'en réserver l'accès aux anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux publics.

Aujourd'hui, 99% des médecins libéraux sont conventionnés, dont 75% en secteur 1. Ce chiffre masque néanmoins de fortes disparités entre spécialités.

La part des médecins généralistes conventionnés en secteur 2 continue de décroître en 2010 pour atteindre 10,6 % contre 11,0 % en 2009. La part des médecins spécialistes conventionnés en secteur 2 augmente quant à elle chaque année, passant de 37,5 % en 2003 à 40,7 % en 2010.⁹

Cependant, on reproche au paiement à l'acte d'engendrer une surproduction de soins : pour augmenter leurs revenus, les médecins sont incités à multiplier le nombre d'actes effectués. Ainsi, des comportements de demande induite ont pu être mis en évidence en France pour les médecins généralistes du secteur 1 : lorsque la densité dans leur zone d'exercice augmente, les médecins voient leur nombre de consultations chuter, car ils sont plus nombreux à se partager le même nombre de patients. Ils compensent ce rationnement en augmentant le volume de soins délivrés au cours de chaque consultation.

Le paiement à l'acte incite en effet les médecins à répondre aux besoins des patients et à fournir des soins de qualité. En revanche, ce système de paiement n'incite aucunement les médecins à effectuer des soins préventifs.¹⁰

2. Vers un autre mode de rémunération

Le paiement à l'acte n'apparaît plus aujourd'hui comme le mode de paiement incontournable et exclusif des médecins libéraux. L'idée d'associer le paiement à l'acte à d'autres modes de rémunération progresse dans le débat public, notamment avec l'arrivée de rémunérations forfaitaires.

La mise en place du médecin référent en 1997 proposait aux médecins généralistes volontaires un paiement par capitation complémentaire au paiement à l'acte (le forfait a été fixé à 22,87 euros par patient, puis doublé en 2001). Ce système n'a toutefois attiré que 10% des généralistes et 1% des patients. Il a été remplacé en 2004 par le dispositif du médecin traitant, qui prévoit une rémunération complémentaire forfaitaire dans l'avenant 8 du 26 octobre 2012 pour les patients hors ALD.

Depuis quelques années, les médecins libéraux reçoivent ainsi une part de leur revenu sous forme de paiements forfaitaires. Ils représentaient 8% de la rémunération des médecins généralistes en 2013 contre seulement 0,2% en 2000.

Parallèlement, diversifier les modes de rémunération peut être une piste intéressante pour faciliter la coopération entre professionnels de santé travaillant en collaboration. C'est dans cet esprit que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération pour une période de 5 ans.

Ces nouvelles aspirations se sont traduites par une augmentation de la proportion de généralistes salariés au détriment de ceux ayant une activité libérale ou mixte. Entre 1995 et 2005, le nombre de généralistes débutants optant pour le mode libéral ou mixte n'a pratiquement pas progressé (+0,1%) tandis qu'ils étaient 25% de plus à choisir le salariat.

Ces évolutions des mentalités ont lieu alors que la médecine libérale connaît de profonds changements. L'évolution attendue de la démographie médicale (recul de 16% de la densité de médecins d'ici 2025) dans un contexte de vieillissement de la population, l'aspiration des jeunes médecins à un exercice de groupe, la féminisation croissante de la profession vont vraisemblablement modifier le visage de la médecine libérale dans les prochaines années.

L'évolution des modes de rémunération peut être un outil permettant d'accompagner ou d'accélérer cette évolution.

3. Les exemples étrangers

Les modes de rémunération des médecins d'un pays à l'autre sont extrêmement variables.

À l'étranger, les modes de rémunération varient autour de trois modes de rémunération principaux :

- la rémunération fixe (salariat), correspondant à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail,
- la rémunération à l'acte,
- la capitation, correspondant au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera.

Dans la plupart des pays, ces trois modes de paiement coexistent, mais interviennent dans des proportions variables.

Le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordent une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas). La situation est plus contrastée aux États-Unis où tous les modes de rémunération sont présents de façon significative. Le salariat y est notamment développé au sein des Health Maintenance Organisations (HMO) qui sont les assureurs ayant poussé le plus loin la logique d'intégration des soins.

L'Allemagne a un système de rémunération sophistiqué qui emboîte un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation. Les caisses d'assurance maladie versent aux unions régionales de médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation (les sommes sont donc fonction du nombre de patients traités par les médecins de la région). Ensuite, la répartition entre médecins fait intervenir l'activité (le nombre de consultations), mais ce paiement à l'activité est plafonné et la valeur de la consultation peut varier (selon le nombre de consultations global).¹¹

III. Le paiement à la performance à l'étranger

1. Le Royaume-Uni

Les soins primaires sont délivrés au Royaume-Uni par des cabinets de médecine générale qui exercent une fonction de "gatekeeper". Un cabinet de médecine générale comprend en moyenne 21 personnes dont 5 médecins, 5 professionnels paramédicaux essentiellement des infirmières exerçant majoritairement à mi-temps, et 11 personnes sans compétences cliniques (secrétaires médicales, gestionnaires...).¹¹

Cette forme d'organisation se traduit par une faible densité de généralistes par habitant. Alors que l'on compte en France environ 1 généraliste pour 1000 habitants, le Royaume-Uni en compte 0,6.¹²

L'activité des généralistes semble mieux valorisée au Royaume-Uni qu'en France. La rémunération brute des généralistes représentait 3,8 fois le PIB par tête au Royaume-Uni

contre 2,9 fois en France en 2004. Cet écart dans le statut relatif des généralistes est d'autant plus significatif que le temps de travail du généraliste britannique (44 h) semble très inférieur à celui du généraliste français (55 h).

À 85 %, les généralistes sont des travailleurs indépendants (partners) exerçant dans des cabinets liés par contrat avec les Primary Care Trust (PCT) qui se rémunèrent à partir des résultats du cabinet. Des généralistes salariés peuvent être employés par le cabinet.

Avant 2004, les médecins généralistes recevaient un paiement forfaitaire de base (coût fixe de la pratique), un paiement à la capitation pondéré par l'âge pour tout patient inscrit auprès d'eux et des paiements à l'acte ou au forfait pour certaines activités (suivi de grossesse, vaccinations...), ainsi que des paiements en fonction de l'atteinte de certaines cibles de résultats (targets paiement) en matière de dépistage ou de vaccination.

La rémunération des cabinets de généralistes selon la performance a été introduite au Royaume-Uni en avril 2004 dans le cadre du Quality and Outcomes Framework (QOF). Ce dispositif a été négocié entre le National Health Service (NHS) et la British Medical Association (BMA) dans le cadre de la refonte générale du contrat type entre les cabinets de généralistes et les PCT. Cette renégociation s'est déroulée de 2001 à 2003.

Pour la partie "paiement à la performance", les négociateurs se sont appuyés sur des travaux d'experts et d'universitaires. L'adhésion au QOF est volontaire mais compte tenu de l'ampleur des sommes attachées à la rémunération à la performance, il était logique que tous les cabinets adhèrent au dispositif.

Le dispositif vise, par des incitations financières, à accroître les motivations des professionnels à délivrer des soins de qualité mais aussi à favoriser une modification de l'organisation même du travail des cabinets médicaux. Il favorise une démarche proactive vis-à-vis des patients atteints de maladies chroniques ainsi que l'éducation thérapeutique, le suivi et le soutien des patients.

Le QOF consiste à mesurer des résultats à partir d'indicateurs auxquels sont attachés des points, les points obtenus sont convertis en livres (125 £ par point pour un cabinet de taille

moyenne soit environ 156 €). La valeur du point est ajustée en fonction de la taille de la patientèle et, pour les indicateurs cliniques relatifs à une pathologie, en fonction de la prévalence relative de la maladie dans le cabinet. Le maximum de points qui peut être obtenu s'élève à 1000. Les indicateurs relèvent de quatre domaines : la clinique, l'organisation du cabinet, la satisfaction des patients et les services dits additionnels.

Les pathologies représentées sont l'HTA, le diabète, les pathologies psychiatriques et l'asthme, mais aussi, depuis 2006, des problèmes de santé publique (obésité, troubles de l'apprentissage et tabagisme). Les pathologies qui ouvrent la possibilité d'obtenir le plus de points sont les pathologies à large prévalence : prévention secondaire des maladies coronariennes, hypertension artérielle et diabète.

Pour la plupart des indicateurs cliniques, le cabinet obtient des points dès qu'un pourcentage minimum de patients (25 ou 40% le plus souvent) reçoit les soins adéquats, le nombre de points augmente linéairement jusqu'à un palier de patients (50, 70 ou 90%) à partir duquel le nombre maximum de points est acquis.

Pour qu'une pathologie soit prise en compte, trois critères doivent être réunis :

- la maladie constitue une priorité sanitaire,
- la responsabilité principale de son suivi incombe au généraliste,
- il existe des preuves scientifiques que l'amélioration des soins primaires peut apporter des bénéfices sanitaires.

Les indicateurs retenus sont fondés sur les recommandations de bonne pratique ou sur les résultats de l'Evidence Based Medicine (EBM).

Des indicateurs concernent aussi l'organisation du cabinet : dossier médical, contact et informations des patients, gestion du cabinet, bon usage des médicaments au cabinet...

Dans le domaine de la satisfaction des patients, les indicateurs principaux sont relatifs à la longueur des consultations (8 à 10 minutes minimum) et valorisent la réalisation d'un

sondage annuel auprès des patients, l'établissement d'un plan d'action discuté avec des représentants des patients et la capacité à démontrer des améliorations effectives.

Huit indicateurs additionnels concernent quatre thématiques : le dépistage des cancers cervicaux, la surveillance de la santé des enfants, la surveillance des grossesses et la contraception.

Enfin, un maximum de 20 points est accordé pour récompenser le caractère global de la performance en tenant compte des scores les plus faibles pour les divers groupes d'indicateurs. Il s'agit de récompenser les cabinets qui ne présentent pas de points faibles flagrants.

Certaines études permettent d'estimer, sinon d'analyser très précisément, l'impact de la mise en œuvre du système de paiement à la performance sur les résultats cliniques.

En général, il apparaît que la mise en place du système de paiement à la performance semble avoir eu un impact positif sur la qualité des pratiques cliniques et des résultats. L'impact reste toutefois modeste et s'inscrit dans une tendance générale d'amélioration que le paiement à la performance semble avoir quelque peu accélérée.

Si l'on rapporte ces progrès modestes aux sommes consacrées au paiement à la performance, l'impression qui prévaut est que le retour sur investissement est lui-même très modeste. Toutefois, il était acquis au Royaume-Uni, paiement à la performance ou pas, que les ressources des cabinets médicaux devaient être significativement accrues. Il n'est donc pas possible de déterminer le coût net du paiement à la performance.

À ce jour, de nouveaux domaines cliniques ont été introduits et les cabinets ont dû en 2006 réaliser de meilleures performances pour obtenir, au titre du paiement à la performance, les mêmes sommes qu'auparavant. D'ailleurs ils n'y sont pas totalement parvenus. Le dispositif permet donc, dans l'idéal, d'accroître la qualité des soins par une augmentation régulière des exigences (augmentation des seuils, création de nouveaux indicateurs, élargissement des thèmes, substitution de nouvelles exigences à celles qui sont satisfaites...).

2. Les États-Unis

Le paiement à la performance est un des multiples dispositifs introduits ces dernières années aux USA par les assureurs privés dans un contexte de préoccupations croissantes relatives aux coûts et à la qualité.

L'offre de soins (prestataires, structures de soins) aux Etats-Unis et en France est globalement comparable. Les médecins y sont toutefois moins nombreux (2.4/1 000 habitants aux USA dont plus de 60 % sont des spécialistes et 3.4 en France en 2005 dont la moitié sont des spécialistes).

Par contre, le système nord-américain est beaucoup plus pluraliste, décentralisé et complexe que le système français. Il n'y a pas d'assurance maladie obligatoire, ni de couverture maladie universelle. Le système s'est historiquement organisé autour des assureurs privés. 59,5% des américains ont accès à une assurance par l'entremise de l'entreprise qui les emploie. L'Etat fédéral couvre les personnes âgées (Medicare) et en partenariat avec les Etats, les personnes pauvres (Medicaid). Près de 46 millions d'américains, dont 8 millions d'enfants, seraient dépourvus de couverture médicale, soit environ 14,6 % de la population.¹³

Le statut des médecins de premier recours et leurs modalités d'exercice sont extrêmement diversifiés. Ils peuvent exercer en cabinet individuel, en cabinet groupé de tailles diverses ou en polyclinique. Certains d'entre eux travaillent également à temps partiel en établissement de santé. Leur clientèle dépend d'assureurs multiples. Ils peuvent se regrouper pour négocier avec ces assureurs. Les modalités de leur rémunération varient. La majorité des médecins de ville aux USA sont payés à l'acte. Ils sont moins nombreux qu'ils ne l'ont été, à être rémunérés à la capitation par une ou plusieurs Managed Care Organisations (MCO).

Un même médecin n'applique pas de tarifs uniformes, ses prix et les modalités de sa rémunération changent selon l'assurance de ses patients. Certains médecins sont intéressés aux résultats financiers du groupe professionnel ou du réseau d'assurance avec lesquels ils collaborent.

Enfin, certains médecins sont totalement intégrés à un réseau de santé : une Health Maintenance Organisation (HMO) dont ils peuvent être salariés.

La multiplicité des acteurs, la diversité des contrats d'assurances et des modalités de rémunération des médecins rendent le système particulièrement complexe.

La prise en compte de la performance et sa rémunération se sont considérablement développées au cours de la dernière décennie aux Etats-Unis en particulier auprès de la médecine de soins primaires.

Les résultats médicaux semblent positifs mais, sauf exception, relativement modestes. Leur impact propre reste imprécis et leur rentabilité intrinsèque reste un sujet de débat. Néanmoins, la dynamique est indéniable. La plupart des observateurs et des assureurs américains déjà impliqués dans le paiement à la performance semblent être convaincus de la pertinence de la démarche et disent qu'ils vont continuer dans cette voie et même augmenter la part d'incitation dans la rémunération.

IV. Résultats en France

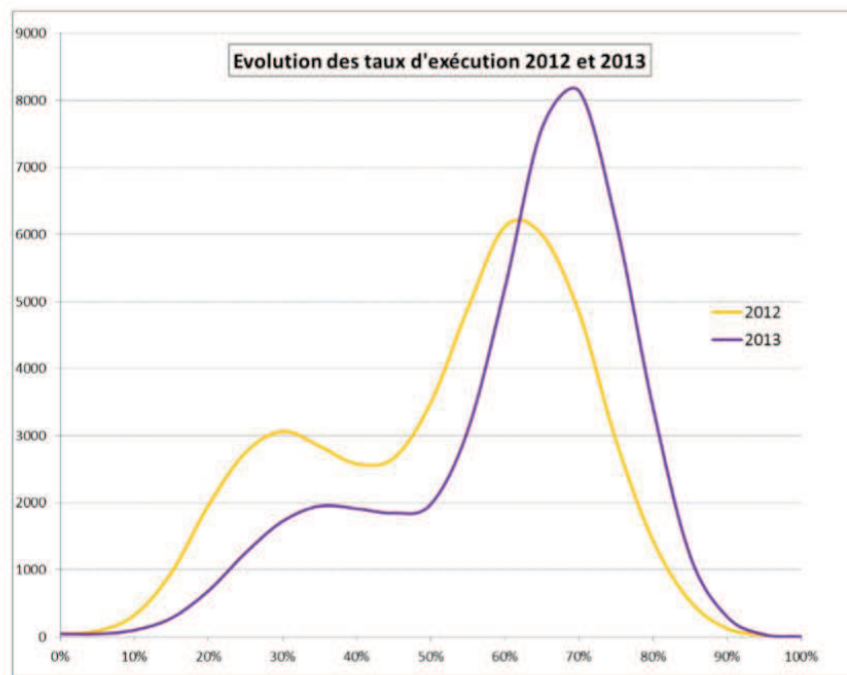
À deux ans de sa mise en place, la CNAM publie son second rapport le 11 avril 2014. Ce rapport confirme la progression déjà observée en 2012.¹

Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'opinions de plus en plus favorables avec 57% de médecins considérant que l'Assurance Maladie les aide par cette évolution, à atteindre leurs objectifs de santé publique (dont 71% pour les médecins ayant signé un CAPI).

De surcroît, pour l'ensemble des objectifs fixés par la convention médicale de 2011, plus de 80% des médecins généralistes interrogés déclarent avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoient de le faire dans l'année qui vient.

Entre 2012 et 2013, le taux de réalisation des objectifs pour les médecins généralistes est passé de 51,1% à 59,7%. Cette progression représente presque 9 points en un an.

La courbe des résultats 2013 présentée ci-dessous, se déplaçant globalement vers la droite par rapport à la courbe 2012 montre que, sur la période, l'ensemble des médecins généralistes progressent.



Courbes des taux d'atteinte des objectifs de 2012 et 2013 des omnipraticiens ayant une patientèle de plus de 200 patients, hors nouveaux installés.¹

Dans le détail on constate que, sur l'ensemble des médecins généralistes rémunérés depuis 2 ans, 85% ont amélioré leur taux d'atteinte des objectifs. En outre, la part de ceux qui obtiennent des résultats supérieurs à 60% progresse significativement.

On note enfin que les 10% de médecins les plus performants atteignent au moins 78% des objectifs en 2013.

En contrepartie des progrès réalisés, l'ensemble des médecins concernés percevra 4 003 € en moyenne au titre de l'année 2013 (tous médecins rémunérés, soit un nombre total de 85 187 médecins). Les médecins généralistes perçoivent pour leur part 5 774 euros en moyenne.

Concernant la pratique clinique, les évolutions observées l'an dernier se poursuivent.

Tout d'abord, les indicateurs de suivi des maladies chroniques, notamment le diabète, continuent de progresser : + 6,6 points (de 49,5% à 56,1%).

La part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c dans l'année est par exemple passée de 40% en 2009 à 52% à la fin de l'année 2013, soit une augmentation de 12 points en 5 ans. La part des patients diabétiques traités par antihypertenseurs qui ont

bénéficié d'un traitement par statine a évolué de 53% en 2009 à 60% fin 2013, soit une augmentation de 7 points en 5 ans.

Ensuite, les critères d'optimisation et d'efficience des prescriptions s'inscrivent eux aussi de façon générale dans une dynamique positive : + 8,2 points (de 55% à 63,3%). Le recours accru à la prescription de génériques sur 5 classes thérapeutiques continue de s'améliorer.

De janvier 2012 à décembre 2013, 240 000 patients ont cessé de consommer des benzodiazépines à demi-vie longue.

En ce qui concerne le nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD, il a ainsi baissé de 2,2 points pour atteindre un ratio de 43 prescriptions pour 100 patients. Ceci représente environ 650 000 prescriptions en moins sur 2 ans.

Enfin, le volet prévention, quant à lui, progresse de 5,5 points (de 34,5% à 40%). Son niveau d'atteinte reste cependant en deçà des autres volets et le résultat moyen masque de fortes disparités entre les différents indicateurs. D'un côté, les indicateurs au service de la prévention et de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse vont dans le bon sens et tirent le résultat de ce volet vers le haut. De l'autre, les indicateurs relatifs à la vaccination et aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus sont en recul sur deux ans.

L'exemple le plus significatif est celui concernant la vaccination antigrippale. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière a baissé de 2,8 points au cours des deux dernières années.

Les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus connaissent également un recul. Le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans, qui ont effectué un frottis cervico-vaginal, a reculé de 1,2% sur la période observée.

Quant au volet « organisation du cabinet », commun à l'ensemble des médecins, il réalise d'excellents résultats (passant de 58,3% à 70% chez les médecins généralistes) et continue de s'améliorer significativement : + 12 points. Ce résultat très encourageant témoigne de la modernisation rapide et massive des cabinets, en particulier pour les médecins généralistes.

Une analyse fine, département par département, montre que hors Dom-Tom, le taux d'atteinte est partout supérieur à 50%. On observe cependant d'importants écarts entre les différents départements sur l'ensemble des indicateurs.

Les 10 départements ayant enregistré les meilleurs taux d'atteinte en 2012 restent sensiblement les mêmes qu'en 2013. Les caisses du Haut-Rhin, de l'Isère et de Loire-Atlantique continuent d'occuper le haut du classement ainsi que les villes d'Annecy, du Havre, de Reims, de Rennes, de la Roche-sur-Yon et de Tours.

Au total, l'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute d'un peu moins de 341 millions d'euros pour 2013, intégralement provisionnée dans l'ONDAM au titre de cette même année, dans un contexte par ailleurs marqué par la sous-exécution significative de ce dernier. A ce montant, il convient de déduire près de 40 millions d'euros de suppression du CAPI et 34 millions d'euros de suppression d'aides pérennes à la télétransmission.

V. Les avis face à la ROSP

1. Les syndicats (UNOF-CSMF, SML, MG France)

La plupart des syndicats restent très critiques vis-à-vis du nouveau dispositif.

Cependant, en avril 2014, L'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF), premier syndicat de médecins généralistes libéraux, se félicite de la forte implication des médecins généralistes libéraux dans la prévention, la qualité du suivi des patients notamment atteints de pathologies chroniques et l'informatisation des cabinets.¹⁴

Pour l'UNOF, qui a participé à la conception de cette nouvelle forme de rémunération et a contribué à sa mise en œuvre dans le cadre de la convention de 2011, la ROSP constitue une avancée majeure en termes de qualité de soins et de diversification de la rémunération du médecin généraliste.

Elle proteste tout-de-même au sujet du dysfonctionnement de l'Assurance Maladie notamment concernant les nouveaux médecins installés depuis 2012 dont l'activité n'est toujours pas prise en compte et signale également des discordances sur les taux de

télétransmissions, l'absence de prise en compte des patients diabétiques suivis en maison de retraite et quelques différends du volet organisation du cabinet.¹⁵

2. Le Conseil de l'Ordre

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est inquiété de la complexité d'un texte de 90 pages comportant plus de 100 pages d'annexes auquel les médecins libéraux devront adhérer pour faire bénéficier leurs patients de la prise en charge des soins.⁴

Les mesures conventionnelles pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire sont très proches des mesures précédemment adoptées dans le cadre de la convention de 2005 n'ayant pas permis d'amorcer la réduction des disparités territoriales. Le Conseil de l'Ordre déclare qu'il est regrettable que les leçons du passé n'aient pas été tirées et il craint que derrière ces mesures faussement incitatives ne se profile une politique plus coercitive.

Prévoir de nouveaux modes de rémunérations suscite également de fortes réserves dès lors que la convention les associe à un alourdissement des contraintes pesant sur les praticiens et à un exercice professionnel de plus en plus administré et contrôlé. Le Conseil de l'Ordre rappelle que l'indépendance professionnelle a été instaurée dans l'intérêt des malades.

Le Conseil de l'Ordre signale aussi qu'un certain nombre de dispositions conventionnelles font difficulté sur le plan de la déontologie et de l'exercice professionnel.

3. Et les patients ?

Interrogés en 2008, à la veille de la mise en place du CAPI, une courte majorité de Français (55%) se déclaraient favorables à la mise en place d'une rémunération complémentaire pour les médecins, dont 18% « très favorables ».¹

A cette époque, un quart de la population n'était pas du tout favorable au principe d'une prime octroyée sur la base des résultats obtenus par le professionnel de santé dans le suivi des maladies chroniques, la prévention et la qualité des prescriptions.

Cinq ans plus tard, l'opinion des Français a évolué. Ils sont désormais largement favorables au dispositif. Fin 2013, 7 Français sur 10 considèrent que le principe d'une rémunération supplémentaire pour favoriser les meilleures pratiques est une bonne chose et parmi eux, 2 sur 10 considèrent qu'il s'agit d'une très bonne chose. La part des personnes hostiles au dispositif diminue en proportion : moins d'1 Français sur 10 (9%) estime désormais qu'il s'agit là d'une « très mauvaise chose ».¹

On note toutefois que la connaissance que la population a du dispositif reste faible : seulement 1 Français sur 5 en connaît aujourd'hui l'existence.

PROBLÉMATIQUE

À la différence du CAPI, la ROSP s'inscrit au sein de la convention comme un choix collectif. Alors que seulement 3% des médecins généralistes libéraux ont refusé ce dispositif, il semble intéressant de recueillir le réel degré d'adhésion des médecins signataires.

Apparue dans un climat plutôt hostile, la ROSP a désormais deux années de recul et connaît selon l'Assurance Maladie une opinion de plus en plus favorable de la part des médecins.¹

Des thèses antérieures^{7,16,17} ont déjà mis en exergue les avis des médecins généralistes signataires et non-signataires de la ROSP. Cependant, seule une thèse¹⁶ avait une méthodologie comparable mais avec un recueil de données effectué seulement deux mois après l'introduction de la ROSP. Il nous a donc paru intéressant de recueillir à ce jour les avis partagés par des médecins généralistes signataires de la ROSP à 2 ans de son évolution afin de bénéficier d'une meilleure connaissance du dispositif et davantage de recul.

Devant les chiffres annoncés par l'Assurance Maladie¹ et les résultats mitigés de l'expérience britannique, il nous a paru intéressant de mener une enquête auprès des médecins généralistes libéraux afin de mieux comprendre leur point de vue quant à l'apparition de la rémunération à la performance dans leur pratique. Nous avons émis l'hypothèse que les modalités d'adhésion à la ROSP étaient diverses et qu'elle amenait à des questionnements éthiques et économiques.

Outre l'argument financier, nous allons étudier la façon dont les médecins généralistes intègrent ce nouveau dispositif au sein de leur pratique.

L'objectif de cette étude est de mieux percevoir les facteurs d'adhésion de la ROSP et les répercussions qu'elle peut avoir sur leur pratique clinique, la relation avec les patients et leur vision de la médecine libérale dans l'avenir.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Le choix de la méthode

1. Une méthode qualitative

Une méthode d'analyse qualitative a paru la plus adaptée afin d'analyser des idées, des concepts qui sont difficilement quantifiables ou mesurables.¹⁸

Ce type de méthode issue des sciences humaines et sociales est basé sur la réalisation d'observations, d'analyses de récits et de discours, le plus souvent recueillis à partir d'entretiens individuels ou collectifs désignés sous le terme de focus groupes.

2. Des entretiens individuels semi-dirigés

Le choix s'est porté sur une technique d'entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode d'entretiens individuels semi-dirigés doit permettre de cerner au mieux et de comprendre les opinions des médecins interrogés. Le caractère individuel de ces entretiens, réalisés uniquement en présence du médecin et du thésard, permet d'avoir un libre échange sans interaction ni frein à l'expression des idées. Il s'agit bien de recueillir des informations portant sur les opinions, les impressions et les valeurs des médecins rencontrés. Avant chaque entretien, la méthodologie était expliquée aux médecins ainsi que le but de l'étude.

3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré d'une part à partir des données de la littérature et d'autre part après avis du directeur de thèse.

Il comprenait à la fois des questions fermées et des questions ouvertes afin de recueillir au mieux les opinions des médecins généralistes et de laisser l'émergence d'idées nouvelles tout en restant focalisé sur le sujet.

Ce guide d'entretien comprenait trois parties distinctes :

- La première fermée et visant à mieux cerner le profil du médecin interrogé et à définir son cadre de travail,
- La deuxième divisée en 8 items pour recueillir les impressions et les connaissances des médecins sur la ROSP,
- La troisième comportant 3 items orientant les réponses sur l'avenir et les propositions des médecins sur la ROSP.

Il a été modifié oralement au fur et à mesure des entretiens afin de relancer au mieux les médecins interrogés.

II. La population étudiée

1. Critères d'inclusion

Pour cette étude, seuls ont été rencontrés des médecins généralistes libéraux dont le cabinet est situé dans une commune de Haute-Normandie dans les départements de Seine-Maritime (76) et de l'Eure (27). Ils répondaient aux critères d'être signataires de la ROSP depuis son instauration et donc de l'avoir déjà perçue une première fois en 2013.

2. Critères d'exclusion

Les médecins ayant refusé la ROSP n'ont pas été rencontrés, ainsi que ceux n'ayant pas encore perçu la rémunération notamment les jeunes médecins récemment installés.

3. Recrutement

Les médecins ont été choisis pour la plupart par effet boule de neige sur avis de médecins signataires notamment par leur appartenance syndicale ou par leur implication dans la ROSP.

Les médecins ont été initialement joints par téléphone, directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat, afin de convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Seul un médecin a refusé la rencontre par manque de temps.

4. Déroulement des entretiens

Au total, 14 entretiens ont été effectués du 26 mai 2014 au 19 juin 2014. Ils se sont tous déroulés au cabinet du médecin interrogé.

Les participants ont donné leur accord pour la retranscription de l'intégralité de chaque entretien. L'anonymat a été garanti avant de débiter les entretiens.

Les médecins interrogés ont été enregistrés grâce à une application d'enregistreur numérique sur smartphone. La durée des entretiens variait de 8 minutes 42 secondes à 18 minutes 28 secondes pour une moyenne de 12 minutes 52 secondes.

Les gestes et attitudes ont été annotés sur papier pendant les entretiens afin d'ajouter une valeur significative lors de l'analyse des données.

III. L'analyse des données

1. La retranscription

Les données ont été retranscrites manuellement sur le logiciel Word 2010.

Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées, lors des retranscriptions il a été choisi d'utiliser la notation suivante : la lettre « M » suivi d'un nombre de 1 à 14 correspondant à l'ordre chronologique de l'entretien.

2. L'analyse thématique

L'analyse a été réalisée à partir du corpus des retranscriptions. Elle a été réalisée de Juin à Août 2014. Elle a débuté afin la fin des entretiens afin d'estimer la saturation des données.

L'analyse a consisté en une induction de contenu thématique.¹⁹

Les thématiques ont été identifiées à partir des entretiens, elles ont été codées, dégagées en sous-thèmes puis classées.

Ce codage a été effectué manuellement à l'aide du logiciel Word 2010.

Ce travail d'analyse a également été effectué de façon parallèle par un tiers puis une relecture a été faite avec le Dr Brunet Gilles, directeur de thèse, afin d'obtenir la triangulation des données.

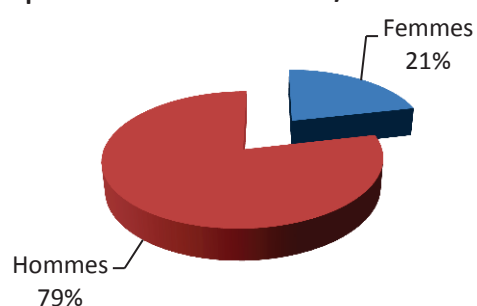
RÉSULTATS

I. Les médecins participants

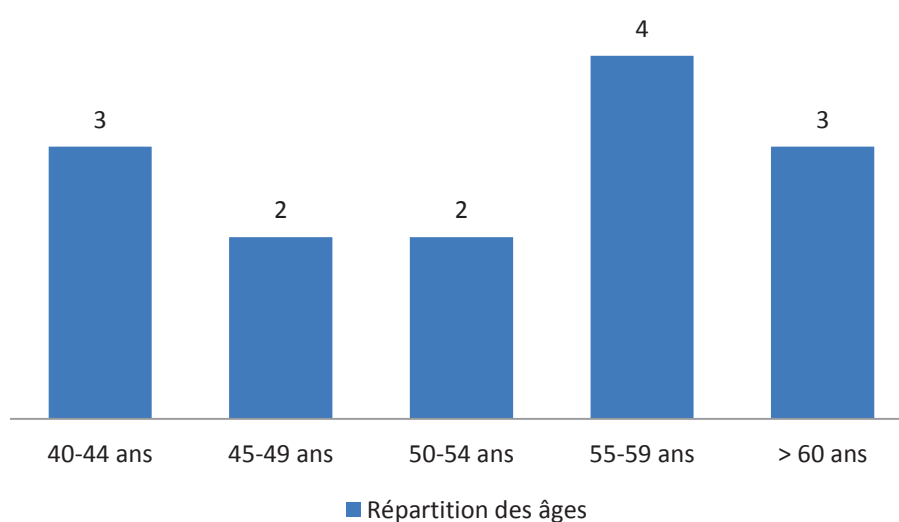
14 médecins normands ont participé à l'étude, dont 3 médecins installés dans l'Eure (27) et 11 médecins en Seine-Maritime (76).

Le sex-ratio était de 3,67.

Répartition hommes/femmes



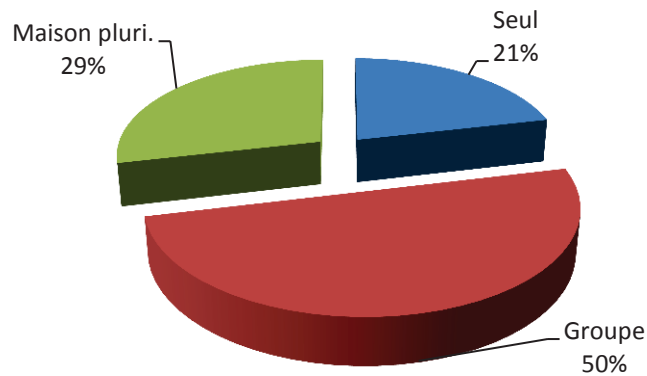
L'âge des participants s'étendait de 40 ans à 63 ans avec une moyenne de 52,8 ans.



Le nombre d'années d'installation variait de 8 ans à 36 ans avec une moyenne de 21,2 ans.

3 médecins exerçaient seuls, 4 en maisons pluridisciplinaires et 7 en cabinets de groupe.

Mode d'exercice



On distingue par maison pluridisciplinaire, les maisons médicales regroupant diverses professionnels de santé médicaux et paramédicaux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes, podologues...) et par cabinet de groupe, les cabinets regroupant uniquement des médecins généralistes libéraux.

2 médecins exerçaient en zone rurale, 8 en zone semi-urbaine et 4 en zone urbaine.

On définit ici par rurale une zone ayant moins de 2 000 habitants, par semi-urbaine une zone ayant moins de 5 000 habitants et par urbaine une zone allant au-delà de 5 000 habitants.

7 médecins avaient une formation médicale continue (groupes de pairs, FMC, QDN et groupe qualité).

Sur les 14 médecins interrogés, 10 médecins étaient maîtres de stage.

2 médecins interrogés faisaient partie d'un syndicat de médecins généralistes.

Enfin, sur les 14 médecins interrogés, 4 médecins avaient été signataires du CAPI avant l'intégration de la ROSP dans la convention.

II. L'analyse qualitative des entretiens

1. Une appréciation variée du dispositif

1.1 Un système contraignant et infantilisant

Quelques médecins expriment une réticence face à ce nouveau dispositif le définissant comme une contrainte: « *Mon avis général c'est quelque chose de contraignant.* » (M3), « *Je le prends comme une contrainte.* » (M8)

M11 se sent même limité dans son exercice : « *On pourrait peut-être dire que moi ça me parasite, parce que ça m'oblige à rentrer, peut-être à rentrer dans les clous, peut-être que c'est une impression de... Donc ça me prive d'une liberté.* » (M11)

Certains dénoncent également le caractère infantilisant de cette mesure en y voyant un retour sur les bancs de l'école : « *C'est un peu ça, si on est de bons élèves.* », « *il s'agit de donner des bons points aux bons élèves* » (M10)

« *Je suis un vilain canard, je n'ai pas beaucoup de sous parce que je travaille mal. Je suis 4 étoiles quand il faudrait être à zéro (rires) !* » (M3)

L'un des participants rappelle d'ailleurs que les médecins n'ont pas eu besoin de ce dispositif pour continuer à se former : « *Pas d'amélioration des pratiques, non ça sert à rien, parce que les médecins sont toujours formés, y a toujours 5% de gens qu'on ne verra jamais nulle part, on les voyait pas avant on les verra pas après, y en a 90% qui se forment régulièrement.* » (M11)

1.2 Un système apprécié revalorisant les pratiques

A contrario, la ROSP est aussi perçue par les médecins comme un outil de santé publique. Ils constatent une revalorisation de leur travail et un progrès en termes de qualité des soins ambulatoires : « *Moi je pense que c'est pour améliorer les pratiques, je suis peut-être innocente mais je pense que c'est pour améliorer les pratiques.* » (M1), et parlent même de « *démarche qualité* » (M1).

« L'argument essentiel ça reste une meilleure prise en charge des patients. [...] Quelque part c'est un peu faire de la qualité que de ne pas permettre aux gens de faire n'importe quoi. »
(M2)

D'autres y voient notamment un argument indéniable de rappel de bonnes pratiques : *« c'est une façon pour moi d'essayer de me recentrer »* (M4), *« sur certaines choses ça nous met le point éventuellement sur certaines petites choses où on se dit « ah oui tiens c'est étonnant ça », « voilà ça peut nous questionner parfois »* (M6), *« Je trouve que c'est une bonne chose parce que ça obligera certainement beaucoup de médecins à travailler peut-être mieux, enfin justement en allant vers ces objectifs d'essayer de travailler mieux. »*
(M10)

1.3 Un système non contraignant

Beaucoup de médecins s'entendent sur le caractère non contraignant de ce dispositif s'écartant finalement peu de leurs pratiques habituelles.

« Pour moi, c'est des bonnes pratiques sans contrainte. On serait bête de ne pas signer. »
(M1)

« Mais je le faisais avant quoi, donc ça m'a conforté dans ce que je faisais. » (M3)

« Ce qu'ils me demandent moi ça me demande pas un effort particulier. Je ne modifie pas spécialement mes pratiques et puis je suis un peu dans les clous. » (M7)

De ce fait, ils émettent la grande liberté de cette mesure, conservant ainsi leur indépendance : *« Je m'en fous complètement, je fais mon machin comme je l'entends, comme je le pense vraiment, comme je suis persuadé de le faire, mais bon il s'avère que dans la très grande majorité des cas ça colle bien à la ROSP. »* (M8), *« Mais ceci dit c'est très libre, vous faites, vous faites pas. [...] C'est ça qui est agréable, c'est que c'est à la fois conventionnel et d'une immense liberté. »* (M13)

A défaut de ne pas être contraignant, le dispositif perd aussi de sa crédibilité et un médecin émet des doutes sur l'amélioration de l'efficacité du système : *« Ils ont jamais vu ce que c'était une démarche qualité dans l'industrie. Ce n'est pas une démarche qualité. Parce*

qu'une démarche qualité c'est un peu plus contraignant. Moi je vois dans ce truc-là, peut-être le seul truc qu'on nous a obligé à faire c'était d'afficher les horaires de chaque médecin dans la salle d'attente. » (M7)

1.4 Une tutelle syndicale

Les médecins évoquent fréquemment la cause syndicale dans l'émergence de la ROSP : *« Je pense que déjà ce paiement à la performance il a dû être négocié quand même par nos syndicats. » (M10)*

Certains déclarent même ne pouvoir se dissocier d'un choix syndical : *« Donc j'étais contre mais j'ai quand même signé la ROSP, je suis syndiqué et le syndicat a accepté de faire ça, dans la vie faut négocier et on a accepté ça. [...] Parce que j'étais syndiqué et que dans les négociations qu'on a avec nos gouvernants et bien il faut, c'est comme quand un président de la république est élu et qu'on n'a pas voté pour lui, on reste solidaire du pays c'est normal, dans la vie il faut faire des compromis. » (M11), « Dès lors qu'on se dissocie du syndicat c'est pas terrible. » (M13)*

M12 déclare aussi : *« Moi je l'ai accepté parce que ça été dans les discussions entre les médecins et les caisses, ça été la solution pour augmenter nos honoraires, c'est le rôle du syndicat. »*

Si bien que la profession insiste sur la nécessité d'une force syndicale pour défendre leurs acquis : *« On prend les miettes, les syndicats représentent ce que représentent les médecins. Mais je pense que si la profession était un peu solidaire et corporatiste au sens positif du terme, c'est-à-dire capable elle-même de faire des propositions solides et représentantes de la profession, on serait des partenaires corrects et beaucoup plus constructifs dans les relations avec l'Etat et les caisses. » (M11)*

« Moi je suis pour que la profession se défende, [...] j'incite vivement les jeunes à se syndiquer parce qu'il y a une pression qui arrive en face. Le médecin ne sait pas se défendre, n'a pas le temps, et puis c'est le rôle du syndicat. Je trouve qu'on n'est pas assez syndicalisé. » (M12)

1.5 Une adhésion passive

Être signataire de la ROSP n'est pas toujours synonyme d'adhésion pour nombre de médecins qui y voient plutôt un moyen de ne pas rester en retrait de l'évolution de la médecine : *« Ceci dit faut aussi savoir évoluer et vivre avec son temps. » (M2), « J'ai accepté parce que je ne voulais pas être le trop vilain petit canard justement (rires). » (M3), « Il ne faut pas rester en retrait. » (M5), « J'ai suivi le mouvement. » (M10)*

D'autres justifient la ROSP comme un choix conventionnel avant tout, à contrario du CAPI : *« Si tu veux pour un ou deux objectifs je ne vais pas refuser l'ensemble de la convention. » (M2), « Parce qu'on n'a pas le choix. Non parce que soit on est conventionné soit on l'est pas. Soit on prend la convention dans sa globalité avec ses avantages et ses inconvénients soit on ne peut pas prendre un petit bout de convention parce que ça nous arrange et pas un petit bout de la convention parce que ça nous arrange pas. [...] On prend la convention dans sa globalité ou pas du tout. » (M7)*

2. La ROSP et l'argent

2.1 Une bonne alternative au paiement à l'acte

Certains médecins concèdent à la ROSP la vertu d'avoir résolu la rémunération des médecins généralistes libéraux en lançant une rémunération alternative au paiement à l'acte.

« Je vais te dire que nous, vu que nos honoraires sont bloqués depuis un certain nombre d'années, c'est une façon comme une autre d'augmenter nos honoraires autrement que par le paiement à l'acte. » (M2), « c'est un bon compromis » (M1), « Il y a l'acte que l'on connaît et puis après il reste un peu de performance qui permet de doper un peu le travail des médecins. » (M3)

M9 y voit aussi un bon moyen de réguler la pratique de certains médecins qui accumulent les actes : *« Moi je le vois nettement augmenter parce que je pense qu'il y a quand même beaucoup de médecins et surtout de la région PACA qui travaillent à l'acte et en multipliant les actes, et donc la seule façon de limiter ça, parce que la CPAM et PACA ils savent que les*

médecins revoient les gens tout le temps, [...] donc c'est une manière de limiter le renouvellement intempestif des actes. »

M14 le déclare tout autant : *« obliger les médecins à arrêter de faire 40 ou 60 consultations pour certains par jour pour faire du chiffre, ça sera un bon moyen de pression effectivement ».*

M7 et M9 partagent le même avis en précisant le point positif d'une rémunération bénéficiant aux médecins qui suivent les recommandations : *« C'est pas refiler un C à 25 à tout le monde sur chaque consultation mais c'est refiler à ceux qui suivent les directives étatiques. » (M7), « Je pense que c'est une bonne solution qu'il y ait un intéressement mais que les honoraires ne soient pas très forts, qu'il y ait une espèce de prix sur la qualité des actes. » (M9)*

2.2 L'importance de préserver le paiement à l'acte

Les médecins interrogés n'en restent cependant pas moins attachés au paiement à l'acte, craignant une dérive de la consommation de soins : *« Parce que tous les gens ont toujours été très attachés à l'acte. Il faut que les gens payent, je suis contre le fait que les gens ne payent pas du tout, surtout nous quand on a beaucoup et trop de travail donc si les gens viennent pour rien c'est pas normal non plus, parce que c'est au détriment d'autres gens qui auraient besoin de plus. » (M9), « J'espère qu'il n'y aura pas plus que ça. Il faut que les gens continuent de payer parce que ça les responsabilise vis-à-vis de leur santé. » (M1).*

Attachés au symbole de la médecine libérale, la plupart des médecins auraient aimé une revalorisation de leur acte plutôt qu'un paiement à la performance : *« Je ne suis pas pour la suppression de l'acte vraiment, si ça augmente je le prendrai. » (M1), « J'aimerais mieux une augmentation de mon acte plutôt qu'une rémunération à la performance. » (M5)*

2.3 Une revalorisation déguisée du « C »

Le terme « déguisé » ressort dans le discours de nombreux médecins.

« Je pense que c'est une façon déguisée d'augmenter l'acte. » (M1), « C'est un moyen déguisé de nous augmenter sans vouloir augmenter le C ou le V. » (M6)

M5 exprime autrement ce sentiment de dissimulation : *« Le nouveau mode de rémunération c'est un peu fait pour pas augmenter la valeur de notre acte, pour calmer un peu les médecins généralistes. C'est un peu l'idée de départ, c'est qu'on a voulu calmer les médecins généralistes en leur proposant de nouveaux modes de rémunérations comme ça on était pas obligé de rémunérer leur acte, leur C qui reste à 23, qui reste désespérément à 23. »*

M5 caractérise même cette rémunération de « *cache-misère* » pour faire passer l'absence d'augmentation de l'acte.

2.4 L'argent comme élément de motivation ?

Les mesures financières de la ROSP présument-elles que les médecins peuvent mieux soigner qu'à l'heure actuelle et qu'il s'agit de la seule façon de les inciter ?

Certains médecins dénoncent le principe même de ce dispositif perçu comme un mépris vis-à-vis des médecins généralistes niant leur capacité à suivre les recommandations autrement que par des mesures incitatives.

M1 le dénonce ainsi : *« Ce n'est pas parce qu'on va me donner du fric que je vais le faire ! [...] Après si j'ai la prime tant mieux, si je ne l'ai pas tant pis. Je reste claire avec ma tête. »*

D'autres médecins vont plus loin en usant le terme de « *carotte* » (M10, M12, M14) pour imaginer la « *vénalité du médecin* » (M7), son caractère « *mercantile* » et « *chasseur de primes* » (M14).

M8 déclare explicitement : *« Je crois qu'ils ont fait ça de manière intelligente, ils ont pris les médecins par les sentiments, les sous quoi, ça marche. Parce qu'aller les conseiller de faire ça, ça, ça. Ça marche pas, le fliquage ça marche pas. Donc par les sous ça marche bien. »*

Paradoxalement ce complément financier apparaît comme une revalorisation de leur pratique et les médecins voient en cette rémunération une récompense opportune.

« Derrière, la rémunération c'est la cerise sur le gâteau. [...] J'en ai discuté avec un confrère qui est installé depuis une dizaine d'années, il me disait moi la ROSP j'ai touché 7 ou 8000 euros, la ROSP ça me fait un 13^{ème} mois, donc... » (M2)

« Et puis je ne vais pas cracher non plus dans la soupe, comme dans la mesure où on n'est pas augmenté, on n'a pas eu d'augmentation depuis des années, c'est la seule augmentation qu'on ait quoi, c'est ça. Voilà c'est aussi un peu financier. » (M3)

« Ca va peut-être choquer les jeunes étudiants, mais de toute façon y a que l'argent qui commande le monde. », « Ça fait plaisir de les voir arriver ! (rires) », « Bien pour l'instant moi j'ai été surpris du résultat à la hausse, du fait que j'ai été bien servi la première année et bien servi la deuxième année donc ça donne envie de travailler pour l'améliorer encore puisque spontanément j'ai eu des bons résultats. » (M4)

2.5 Utilisation des revenus générés

De façon quasi collégiale, les médecins déclarent utiliser la rémunération dans un cadre personnel.

« La rémunération n'a pas améliorée ma pratique ça a amélioré mon appareil photo (rires). Non parce que ce n'est pas la rémunération qui m'aurait fait améliorer mon cabinet. [...] Pour moi ce n'est pas du tout un complément de rémunération pour améliorer notre cabinet. On améliore notre cabinet donc on a la rémunération. » (M1)

A contrario, M10 déclare : *« Je pense ça a permis d'investir, maintenant je n'ai pas attendu cette rémunération pour m'informatiser mais c'est indéniable que c'est un plus quand on a calculé le coût de l'informatisation. »*

2.6 Des ressources épuisables

2.6.1 Inhérentes au coût financier

Devant les montants versés par l'Assurance Maladie, certains médecins émettent des incertitudes quant à la pérennité de la ROSP.

« Je pense qu'ils vont avoir de plus en plus de difficultés parce que quand on voit que les rémunérations vont en augmentant d'année en année, c'est-à-dire que cette année on a touché plus que l'année dernière [...] je ne sais pas s'ils vont pouvoir renouveler. » (M2)

« Moi je me dis que ça va être difficile de continuer dans l’embellie comme ça parce que ça doit quand même coûter quelques sous ça. Alors est-ce qu’on ne va pas avoir un retour de bâton à un moment ? Je ne sais pas. » (M4)

« Vu la situation économique française, tous les budgets vont aller à la restriction et je pense que ce système va disparaître ». (M14)

Les propos de M12 et M14 convergent dans le sens que la rémunération disparaîtra à l'inverse des bonnes habitudes : *« Les « contraintes médicales » vont rester mais la rémunération va disparaître. » (M14)*

2.6.2 Inhérentes à la nouvelle génération de médecins

Les entretiens ont fait émerger l'idée que la ROSP ne serait pas conciliable avec la nouvelle génération de médecins généralistes.

En effet, les médecins présument que ceux-ci auraient d'emblée des rémunérations à la performance maximales dès le début de leur exercice compte-tenu de leur sensibilisation aux recommandations.

« Il est certain que les médecins qui vont arriver, qui vont s’installer vont être formatés directement. [...]. Tel que c’est prévu actuellement je vois mal comment est-ce qu’ils pourront faire avec les jeunes praticiens comme toi. Vous vous allez avoir tout bon dès le départ. (M2)

« Nos jeunes installés sont des gens qui sont très au fait de la prescription des génériques et de la prévention. [...] Donc je pense que ça n’est pas fait pour durer des années et des années. » (M10)

3. Nature et contenu des indicateurs

3.1 La pertinence des indicateurs retenus ?

Il est intéressant de noter que nombres de médecins se sont positivement prononcés par rapport à la pertinence des indicateurs retenus.

« Si tu veux, à partir du moment où je suis quand même convaincu que quelque part l'ensemble des objectifs sont des bons objectifs et que pour la bonne prise en charge de mes patients c'est une bonne chose, je n'ai pas trop de problème. » (M2)

« Là ils ont quand même trouvé un truc qui est pertinent je trouve. » (M13)

M1 déclare de ce fait suivre les bonnes directives : *« Si ça correspond à ce que je trouve être la bonne pratique je fais un effort pour le faire. »*

Certains ont cependant émis des doutes quant à la validité des objectifs comme M6 : *« vraiment sur certains points où il y a des choses des fois où les résultats sont pas bons et où on se dit, de toute façon voilà c'est comme ça et peut-être que l'objectif il n'est pas bon non plus. »*

M3 se questionne sur le choix des objectifs : *« Donc là ils nous font la mammo et l'hémoglobine glyquée mais en fait c'est toute la médecine... C'est pour ça qu'il y a quand même quelque chose derrière ça. Donc pourquoi plutôt cet examen-là plutôt qu'un autre... Donc non dans ce cas-là on s'en sort pas c'est toute la médecine qu'il faut mettre. »*

3.1.1 Le diabète

Les médecins mettent un point d'honneur à aborder les items concernant le diabète.

Quand certains déclarent profiter de la ROSP pour améliorer le suivi des patients diabétiques : *« Les gros items de la ROSP sont surtout le diabète... C'est important. » (M9), « Y a un encadrement, y a quand même des choses logiques, je dirais si on prend l'exemple de la surveillance de l'hémoglobine glycosilée, voilà on est dans le logique. » (M14)*

D'autres émettent cependant quelques critiques quant à la surveillance des HbA1c et des fonds d'œil : *« Je ne pense pas que c'est parce que les diabétiques verront les ophtalmos à l'heure ou au bon moment qu'ils seront mieux soignés. » (M4), « Dans le cas du diabète, ils veulent que l'HBA1C soit à 7 pour les personnes âgées alors qu'on s'en fout, on sait très bien qu'à 8 ou 9, c'est bien. C'est des petits détails de rien du tout. » (M8).*

3.1.2 L'hypertension artérielle

M9 dénonce la méthode d'évaluation plutôt que le critère en lui-même : *« Est-ce qu'on régularise toutes les tensions, c'est des choses un peu personnelles, on essaye, c'est un peu compliqué, les fluctuations, les effets blouse blanche, c'est compliqué. »*

M7 trouve cet item évident : *« Mais pour une grande majorité, c'est mettre un hypertendu aux objectifs quand il est hypertendu [...] je ne trouve pas ça complètement illogique. »*

3.1.3 La vaccination antigrippale

Cet indicateur semble difficile à réaliser dans la pratique pour certains médecins devant la réticence des patients, comme le déclare M4 : *« Alors la grippe pareil, moi je vaccine toute ma famille et là je suis à 56% pour les vieux, les plus de 65 ans ! Et je suis à 25% pour tous les autres ! Alors que l'objectif c'est 75% ! Alors que j'achète 6 vaccins tous les ans parce que je vaccine moi et mes enfants mais les gens veulent pas. »*

3.1.4 Les antibiotiques

Les médecins s'expriment peu sur cet item mais M1 l'approuve ironiquement : *« Les antibiotiques ? Je n'en mets pas ! (rires) »*

M9 l'ajustera néanmoins : *« Mise à part certains antibiotiques qui sont pas pris dans la ROSP et qui mériteraient de l'être. »*

A contrario l'un des médecins refuse de se plier à cet indicateur pour des raisons pratiques : *« Sur les antibiotiques non. Un petit peu au départ et puis je les vois à 48 heures, 100% reviennent donc j'en ai eu marre. »*

3.2 L'émergence des génériques

C'est l'indicateur qui a été le plus exprimé par les médecins interrogés.

Les médecins voient ainsi dans la ROSP l'émergence des génériques dans leur pratique :
« *Maintenant je mets le générique en première intention, c'est beaucoup plus facile que de substituer.* » (M1)

« *Je vous dis, l'astuce c'est de l'avoir ajouté aux génériques. Donc même si le système disparaît quelque part, elle a gagné parce que de toute façon on aura pris l'habitude et les patients aussi. Enfin les génériques se sont implantés grâce à ça.* » (M13)

« *Je suis un petit peu plus vigilant en particulier sur les génériques. C'est sûr que je fais un peu plus de générique que je n'en faisais.* » (M2)

« *On essaye de mettre le maximum de génériques, donc j'essaie il y a pas de problème. Je le fais depuis belle lurette.* » (M8)

Deux médecins s'amuse de leur façon d'introduire subtilement les génériques sur leurs ordonnances : « *Les gens ils te disent quelquefois « vous mettez non substituable », mais c'est déjà un générique donc c'est facile (rires).* » (M1)

« *Le retentissement vis-à-vis des patients c'est par rapport aux génériques. C'est qu'il faut le jouer fin, pour qu'ils prennent leur générique sans croire qu'ils prennent un générique. Voilà il faut que le générique devienne le princeps et là on y arrive. C'est-à-dire qu'il faut être assez filou pour faire passer le générique comme le princeps (sourire).* » (M4)

D'autres se plient à la prescription des génériques dans un but économique : « *démarche économie avec les génériques parce que moi je ne vois pas de qualité dans les génériques mais si ça peut sauver la sécu, oui.* » (M1), « *puis intérêt économique aussi, économie sur la santé, sur la prescription de génériques par exemple.* » (M5)

3.3 Une modalité critiquable

Au-delà du fond des items, c'est leur forme qui peut être critiquable. Pour cela les médecins se rejoignent indéniablement sur le système déclaratif et dénoncent l'absence de contrôle.

M8 est offusqué : « *Je trouve aberrant qu'ils nous fassent déclarer le nombre de personnes stables sur la tension par exemple, c'est déclaratif. C'est complètement débile. [...] Donc c'est absolument débile, qu'ils n'oublient pas que c'est les sous de tout le monde qu'ils filent comme ça à n'importe qui sur simple foi de la déclaration. Il faut un retour, un contrôle,*

quand il s'agit d'argent public. Voilà je ne suis pas d'accord là-dessus. Ils font autrement, ils se débrouillent. »

M11 également : *« C'est clownesque un petit peu toujours aujourd'hui. Parce qu'on nous contrôle sans nous contrôler. On nous demande de déclarer. »*

Faut-il donc savoir tirer profit de ce système ? Oui pour certains : *« Je mets 100% parce qu'ils se fichent un peu de la gueule du monde. Ils me laissent me déclarer ? Je mets 100%, démerde toi, ça va pas bien non. Tout le monde sait que c'est jamais 100%. » (M8)*
« Le déclaratif, ça m'arrange bien (rires). Je veux dire que je suis excellent (rires). » (M13)

3.4 Une stratégie pharmaceutique

La ROSP peut-être aussi un argument de stratégie industrielle voire pharmaceutique pour les médecins.

Face à l'émergence des génériques, M12 émet des incertitudes sur leur qualité pharmacologique : *« Alors complètement faux pour l'histoire des génériques, on a des preuves que ce n'est pas un critère de qualité. Je vous rappelle qu'il y a certains génériques qui sont fabriqués au Soudan. Mais c'est une nécessité économique. Un gage de qualité, il ne faut pas nous prendre pour des imbéciles quand même. »*

Deux médecins évoquent l'enjeu des laboratoires : *« Ce qui m'ennuie ce sont les statines. Parce que donner systématiquement une statine à un diabétique qui a 2 facteurs de risque je crois, ou un truc comme ça, ça me paraît excessif et j'y vois une mainmise des laboratoires, notamment américains sur la prescription des statines. » (M9)*

« La caisse nous dit bon pourquoi favoriser les sartans alors que l'IEC peut bien faire son travail, c'est dans la ROSP ça ou pas ? Donc je vous donne cet exemple-là. C'est vrai, je suis persuadé au niveau pratique. Et puis on a un autre contre-pouvoir à côté qui sont les laboratoires. » (M12)

M7 pense que le médecin doit avoir une notion du coût du médicament : *« Avoir une notion économique du coût du médicament, avoir le meilleur rapport bénéfice/prix, en dehors du bénéfice risque je ne trouve pas ça complètement absurde. Avoir une idée économique des choses ça doit faire partie de notre activité, aussi. »*

3.5 Des barrières à la réalisation des objectifs

Des critiques émanent sur l'obligation de résultats malgré des paramètres qui leur échappent. Les médecins se rejoignent sur des freins inhérents à leur pratique ou à leur patientèle.

3.5.1 Inhérentes à la pratique médicale

Certains des médecins interrogés étaient proches de la retraite et ce critère apparaissait comme une barrière à la réalisation des objectifs : *« Je n'ai pas toute la rémunération parce que je ne suis pas informatisée par exemple. Et puis je ne m'informatiserai pas à 2 ans de la retraite, y passer tous nos loisirs, non. » (M1)*

« Au jour d'aujourd'hui, j'ai certains de mes confrères qui n'ont rien à faire de la ROSP. Parce qu'ils sont à 2 ou 3 ans de la retraite ils ne vont pas s'embêter. » (M2)

L'absence de médecins ophtalmologues est aussi un frein au suivi des diabétiques : *« Dans tout ce qui concerne pour moi le diabète j'ai des très bons résultats, pour l'hémoglobine glyquée c'est bon, les fonds d'œil absolument pas on n'a pas d'ophtalmo. » (M4)*

« Au niveau de l'ophtalmologie, c'est compliqué d'avoir des fonds d'œil chez les diabétiques parce qu'ils ont difficilement des rendez-vous. » (M9)

3.5.2 Inhérentes à la patientèle

Fréquemment, la question de la patientèle revient dans les discours.

M9 l'évoque : *« Y a des choses qui sont un peu plus discutables dans la mesure où si on donne des conseils aux gens ils ne sont pas forcés de les suivre, quand on fait des*

ordonnances de mammographie ou autre ils les font ou ils les font pas, on peut répéter plusieurs fois les mêmes choses. »

M10 l'expose comme une des principales limites de la ROSP : *« Après que ça dépend aussi beaucoup de notre patientèle et que les limites ça peut être ça. La compliance du patient fait qu'il y a certainement des médecins qui travaillent bien mais avec des patientèles qui sont difficiles et que voilà. »*

M10 va plus loin dans la réflexion en parlant d'injustice : *« pour discuter avec d'autres confrères, ils ont des patientèles qui en font un petit peu qu'à leur tête et donc ces médecins-là perçoivent surement moins de rémunération que moi alors que je pense que notre façon de faire est un petit peu la même. C'est ce côté injuste de la ROSP. »*

3.6 Vers d'autres indicateurs

Faut-il élargir la ROSP à d'autres indicateurs ?

Certains émettent des idées claires : *« Les TDR ça devrait en faire partie. Les vaccinations autres que la grippe je ne vois pas pourquoi ça n'en fait pas partie. Enfin la tenue à jour du carnet de vaccination même le DTP chez les adultes. [...] On pourrait aussi être obligé de demander à tous les gens s'ils ont déjà été victimes de violences parce que ça je crois qu'on passe à côté de beaucoup. Le nombre de gens qui ont subi des agressions même sexuelles et qu'on ignore. » (M1)*

« Est-ce qu'on accepte toujours que les gens fument encore ? On pourrait mettre aussi le tabac là-dedans, la drogue, l'alcool... » (M4)

« La prescription des AINS, le nombre de patients traités par antihypertenseurs et le nombre d'antihypertenseurs par patient. » (M13)

M13 note la complexité de faire évoluer les items de la ROSP : *« Moi je vous dis pour élargir la ROSP, s'ils veulent ensuite élargir à d'autres domaines, c'est pas si simple que ça. »*

Et ceux qui voient ce système perdurer, le voient au risque d'avoir un système *« plus contraignant » (M6)* devenant *« un vrai fouillis administratif » (M2)*.

4. La problématique éthique du dispositif

4.1 Un conflit d'intérêt financier sur la santé du patient

La question éthique est abordée suite à des réactions des médecins sur l'intégration d'une rémunération sur la santé du patient.

M6 l'expose explicitement : *« Je pense que les objectifs de santé on se les met à soi-même, et avoir certaines règles sous réserve de rémunération je trouve ça pas très éthique. »*

Les médecins dénoncent l'intéressement à l'argent comme facteur pouvant interférer sur la santé du patient : *« Est-ce qu'on va faire plus de frottis et de mammo, est-ce qu'on va y penser plus parce qu'il y a un truc, je veux dire est-ce qu'on est plus motivé parce qu'on touche des sous ? Ba non, sinon tu te lèves le matin tu ouvres ton tiroir-caisse. » (M6)*

« Si on se pose la question de savoir comment je dois prescrire, est-ce que je dois modifier mon attitude, de deux choses l'une soit c'est parce qu'on a des mauvaises habitudes soit si on estime qu'on a des habitudes correctes, si on se positionne sur est-ce que je dois mettre plutôt tel produit plutôt que tel autre pour gagner combien de points, c'est problématique je pense dans sa démarche de soins. » (M7)

M14 s'en offusque : *« Moi à mon sens ça décrédibilise la profession puisqu'on devient effectivement uniquement l'unique moteur et l'argent et c'est plus du tout le côté qualité des soins et implication du praticien dans sa pratique et dans son relationnel. C'est « time is money ». »*

Certains parlent aussi du risque de recherche de meilleure efficacité des traitements sur le plan économique sans prendre en compte la santé des patients : *« Il faut réfléchir à ce que l'on donne mais pas à n'importe quel prix, pas n'importe comment » (M7)*

« Actuellement, il n'y a pas qu'une notion de meilleure santé, c'est meilleure efficacité des traitements. Et c'est ça qui est dangereux. Ça veut dire que c'est pas parce qu'on va pas traiter du meilleur moyen la personne, on va traiter avec le moyen le moins coûteux, c'est tout. Et ça, ça peut être dangereux. [...]Le jour où on pense où entre 2 machins, un moins

cher, un plus cher, il y a vraiment une différence de qualité de traitement pour le patient je dis non. » (M8)

« Je dirais des indicateurs avec un paiement à la performance sécu mais pas à la performance santé quelque part. On est plus dans une maîtrise des dépenses. » (M14)

4.2 Une adaptation de la pratique médicale aux indicateurs « rémunérateurs » ?

La ROSP amène aussi la question déontologique d'adapter sa pratique aux indicateurs pour gagner plus.

Certains refusent d'y céder : *« je garde mon indépendance. » (M1)*, *« Je m'en fous complètement, je fais mon machin comme je l'entends, comme je le pense vraiment, comme je suis persuadé de le faire. » (M8)*

M13 prend l'exemple de l'HbA1c : *« Paradoxalement ce qui n'a pas changé pour le patient diabétique, pour faire faire des économies à la sécurité sociale je faisais faire des hémoglobines glyquées tous les quatre mois, du coup je n'ai pas les bons indices, parce que tous les quatre mois fait qu'ils font 2 voire 3 hémoglobines glyquées alors qu'ils devraient être à 3 voire 4, du coup j'ai des très mauvais chiffres (rires). Pour gagner moi plus d'argent je ne vais quand même pas faire dépenser plus d'argent, de toute façon ça change rien. »*

D'autres admettent l'influence que peut avoir la ROSP sur leur pratique : *« La ROSP ça a modifié un petit peu pour essayer de retourner vers les IEC où j'avais laissé un peu les IEC à cause des effets secondaires surtout la toux qui était quand même très fréquente, donc là maintenant j'essaye de repartir vers des IEC plutôt que des sartans. » (M9)*

« Oui je pense qu'on est quand même influencé, on va être plus indicatif pour les génériques par exemple, c'est l'exemple typique. » (M12)

4.3 Une rémunération non méritée sur des objectifs déontologiquement évidents

Lors de l'évocation de la rémunération, certains médecins y voient une récompense opportune sur des objectifs ne nécessitant pas ou peu d'efforts, suggérant ainsi la problématique éthique de la ROSP : *« C'est bête à partir du moment où tu fais déjà*

pratiquement tout ce qu'on te demande de pas signer pour avoir la rémunération qui correspond au travail que tu fournis déjà. » (M2)

« A partir du moment où ça m'oblige pas à certaines choses et donc voilà sans changer mes pratiques je vais avoir des sous en plus, faudrait être un petit peu... (rires) » (M6)

« Et puis ceci dit l'avantage c'est quand même très clairement une somme importante, moi j'ai gagné 10000 euros quand même en ne faisant rien de plus que ce que je faisais avant. » (M13)

Certains dénoncent ainsi explicitement le caractère aberrant de ce système : *« Je trouve ça un peu absurde parce que c'est ce que l'on devrait faire. » (M7)*

« En aparté moi je trouve que ce que réclame la ROSP c'est ce que tout médecin devrait faire normalement et ils nous payent pour un truc qu'on doit faire, c'est comme si je disais qu'on te paye pour respecter le feu rouge quand il est rouge, c'est débile. » (M8).

Deux médecins se scandalisent de l'importance de l'enveloppe : *« C'est une manne dont on n'avait pas besoin. » (M11)*

« Aller pleurer pour avoir un euro supplémentaire quand on voit le salaire des infirmières, des kinés ou de tout un tas de gens, moi j'ai honte, je le dis franchement j'ai vraiment honte. Bon après chacun l'entend comme il veut mais après perso moi j'assume pas. On ne m'enlèvera pas de l'idée qu'on n'est quand même pas à plaindre. » (M14)

5. Les rapports à l'Assurance Maladie

5.1 Un partenariat légitime et nécessaire

Le rapport avec l'Assurance Maladie est le plus souvent perçu comme un partenariat légitime et un droit de regard dans un but d'améliorer la qualité des soins.

Les médecins mettent l'accent sur la notion de service public d'où la légitimité du service rendu à la Sécurité Sociale.

« La CPAM peut avoir des exigences. [...] Moi je suis prête à me plier pour que notre sécu dure. » (M1)

« Moi ce qui ne me choque pas dans la ROSP, c'est qu'à partir du moment où on demande à un organisme d'état de payer des professionnels libéraux, il est normal qu'on te demande des comptes en retour. Quelque part, on ne peut pas dire aux gens, vous pouvez faire ce que vous voulez on vous donne de l'argent, puisque finalement la Sécurité Sociale ça équivaut à payer directement les médecins avec de l'argent public, sans leur demander des comptes en retour et leur permettre de faire n'importe quoi. » (M2)

« C'est nous seuls qui décidons alors qu'on utilise la sécu de tout le monde, moi je suis persuadé qu'on doit rendre des comptes. » (M8)

M8 l'explique aussi comme un problème générationnel : *« Je fais encore partie de la génération où je trouve ça naturel qu'on soit contraint de faire quelque chose pour la santé publique. On est dans une position de décideur avec des sous qui ne nous appartiennent pas. »*

Enfin M14 consent la notion de partenariat médecins-Assurance Maladie en la redéfinissant dans le triangle pouvoirs politiques, Assurance Maladie et médecins : *« L'idée est que la Sécurité Sociale n'étant qu'un acteur, un exécutant, ça n'est pas un décisionnaire. »*

5.2 Une redéfinition de la place du médecin traitant

Certains médecins s'attachent à dire que la place du médecin doit évoluer.

M1 use d'une image religieuse : *« Je ne prends pas ça comme des flics, il faut bien se mettre dans la tête qu'on est plus le médecin « Dieu le père » et que c'est très bien. »*

Deux médecins montrent que désormais les portes des cabinets médicaux s'ouvrent : *« Je pense que c'est quand même une façon de mettre un coup de pied dans le dispositif d'avant et de comparer les médecins les uns vis-à-vis des autres. Parce que le problème avant c'est que le médecin acceptait pas qu'on pénètre dans son cabinet et qu'on regarde comment il travaillait. » (M4)*

« On peut toujours avoir un petit peu peur de l'intrusion de la Sécurité Sociale dans notre vie, j'en fais pas partie parce que je pense que ça évolue, que la médecine évolue. » (M5)

5.3 Le rôle informatif de l'AM

Grâce aux délégués de l'Assurance Maladie, les médecins comprennent les grandes lignes du dispositif et voient un aspect positif à être régulièrement informés. Aucun ne signale une mauvaise relation avec les DAM.

« Très bonne relation avec la CPAM, moi je trouve ça super, le mec vient, ne t'agresse pas, fait plutôt du préventif, t'explique les buts, il prend un café et ça se passe très bien (rires). »
(M1)

M2 y voit *« un avantage »*, M9 reçoit les DAM pour ne pas *« se mettre en porte à faux »* et M12 déclare que *« c'est une bonne chose pour ce genre d'informations »*.

5.4 La crainte d'une relation servile

Le rapport avec l'Assurance Maladie est aussi perçu comme une relation de méfiance expliquée par le ressenti des médecins vis-à-vis de la Sécurité Sociale comme un *« vigi »* avec un rôle plus répressif qu'incitatif.

Les termes de *« fliquage »*, *« contrôle »*, *« surveillance »* reviennent : *« On a quand même un peu l'impression d'être fliqués. »* (M2)

« C'est pour les raisons de la sécurité sociale, nous surveiller, nous contrôler. » (M3)

« C'est pour un but de contrôler la vie professionnelle, c'est-à-dire que c'est celui qui paye qui contrôle. » (M4)

Les mesures entreprises par l'AM sont vécues comme imposées : *« Et en réfléchissant bien avec la façon de procéder de la sécu, je me suis dit de toute façon dans un premier temps ils proposent et après ils imposent. Bon j'ai dit arrête d'être idiot, rentre dans le premier système médecin référent, de toute façon après ils vont l'imposer et effectivement ils l'ont imposé. »* (M14)

Le médecin se retrouve pris en otage entre une promesse d'amélioration des soins et des mesures économiques : *« Y a un levier économique donc on a quelque part un fusil dans le*

dos et on obéit au doigt et à l'œil, [...] et si on n'obéit pas on a rien et éventuellement on se fait taper sur les doigts. », « on se sert du médecin comme bras de levier. » (M14)

5.5 La méfiance de la fiabilité des résultats

On relève le scepticisme de certains médecins quant à leurs résultats : *« Les mammographies j'ai l'impression que, bon ils me disent que j'en fais pas, enfin c'est vrai quand on voit les chiffres de la sécu et puis nous nos chiffres c'est tellement différent. Comme l'hémoglobine glyquée moi j'ai l'impression d'en faire tous les 3 mois à tous mes patients, ils me disent que j'en ai que 50% qui l'ont, donc ça je ne comprends pas bien. » (M3)*

M5 s'accorde avec M3 sur l'HbA1c : *« Quelquefois on a des doutes sur l'hémoglobine glyquée par exemple, on a trouvé des chiffres... On se disait qu'on était très bons nous ici étant donné qu'on fait de l'éducation thérapeutique diabète donc on se disait que l'hémoglobine glyquée tous les 3 mois on l'avait quand même. Là on s'est retrouvés avec des pourcentages qui étaient en dessous de la moyenne, donc on a été étonnés un peu de ce genre de calculs. »*

M6 le dénonce aussi : *« C'est invérifiable, il y a un certain obscurantisme et dans les indicateurs aussi. », « Des fois il y a certains résultats qui sont un petit peu étonnants, c'est invérifiable. »*

6. La relation médecin-malade

6.1 Faut-il en informer le patient ?

Peu de médecins interrogés ont inclus le patient dans leur réflexion sur la ROSP.

M7 pense que la ROSP est un bon moyen de rémunérer les médecins en garantissant l'ignorance du patient : *« si on veut les inciter, avoir des mesures incitatives sans que ça se sache vis-à-vis du public pour préserver les médecins et bien ça va perdurer. [...] C'est donner une carotte au médecin sans que le patient le sache. »*

Deux médecins seulement disent informer leur patientèle.

M10 les informe face au questionnement récurrent des patients sur la non-augmentation de la consultation à 23 € : *« Moi je l'explique maintenant aux patients, quand ils me disent « ah c'est encore 23 euros », je leur explique qu'on a d'autres moyens d'être rémunérés, voilà parce que parfois c'est la réflexion de certains patients « vous n'avez pas été augmentés depuis longtemps », je leur explique que ça n'est pas vrai parce qu'on a d'autres moyens d'être rémunérés si on fait bien notre travail. »*

M10 déclare également que la ROSP a surement permis d'apporter *« des bases de discussion »* sur la prévention et *« l'éducation thérapeutique »*.

M14 l'aborde aussi face à une patientèle plutôt consternée : *« Non les gens ne sont pas au courant de ça. Enfin moi j'en parle avec un certain nombre de patients, quand effectivement on aborde un peu le sujet, les gens emploient le terme de « chasseurs de primes » (rires). Et ils sont un peu sidérés de savoir effectivement qu'on a des, je dirais des indicateurs avec un paiement à la performance sécu mais pas à la performance santé quelque part. On est plus dans une maîtrise des dépenses. Et ça ils sont assez surpris. Il y en a même certains que je connais très bien et à qui j'ai donné les sommes que l'on touche, qui eux sont tombés par terre. »*

6.2 Une relation inchangée

La plupart des médecins ne signalent aucune modification dans leur relation avec les patients depuis la ROSP.

M11 sous-entend d'ailleurs que la ROSP n'a rien apporté au sein de la relation médecin-malade : *« On n'a pas attendu après ça. Quand on est devant un patient, vous avez besoin d'être exigeant dans vos connaissances. »*

6.3 Un risque de sélection de la patientèle

La ROSP est parfois perçue comme un risque de dérive entre l'intérêt financier et la santé du patient au point de sélectionner une patientèle *« rémunératrice »*.

M1 l'aborde de façon volontairement provocante : *« Si bien que maintenant quand j'ai un diabétique qui ne veut pas se plier, j'ai envie qu'il fiche le camp (rires) ! J'ai récupéré un*

diabétique mais c'est sûr qu'il ne va pas faire ce que je lui demande, j'ai envie qu'il parte (rires) ! »

M14 ironise aussi sur ce conflit éthique : *« Je dirais que ce système, il a un biais, il est pervers, [...] quelque part si on veut gagner beaucoup d'argent, il faut virer les patients qui n'obéissent pas. C'est simple, voilà, débrouillez-vous, allez-voir ailleurs, moi je veux gagner de l'argent, vous m'en faites perdre, je vous sors de ma patientèle. C'est horrible, c'est mercantile, mais c'est ça ! (rires) »*

M8 estime que c'est à la patientèle de s'adapter aux pratiques du médecin : *« Je veux que mes patients, ce qui restent, soient ceux qui sont d'accord avec moi. Je ne veux pas travailler avec des gens qui ne sont pas d'accord avec moi. Ils ne sont pas d'accord ils se barrent. On a la chance d'avoir suffisamment de patients pour faire le tri. »*

6.4 L'ordinateur : vers une relation triangulaire

L'arrivée de l'informatisation est vécue par M11 comme un parasite dans la relation médecin-malade : *« L'ordinateur il est quelque part, même si ça fait 15 ans qu'on en fait, c'est quelque part une espèce de parasite entre nous et nos patients. [...] Je préfère examiner des gens plutôt que de taper sur une machine ou regarder un écran sans regarder les gens. J'ai souvent pour exemple le syndrome de la clenche où les gens partent et au dernier moment on s'aperçoit d'un diagnostic, alors qu'en fait on le saura pas si on a le nez dans le... »*

M10 voit en l'informatisation une aide au sein de la consultation : *« Je n'étais pas informatisée il y a un an et demi et ça été une des choses qui m'a poussée à l'informatisation. [...] Cette année ça été beaucoup plus simple. Et maintenant c'est là que je remplis, on a les marqueurs de convention qui sont annotés dans notre logiciel, les patients hypertendus je coche, les patients diabétiques je coche, ça me permet d'avoir aussi des rappels, ça m'aide, ça améliore mon suivi. [...] Je pense au frottis en particulier, maintenant je suis plus vigilante, parce que comme sur mon écran il faut indiquer la date du dernier frottis je vais y penser plus*

facilement, et les patientes qui viennent me voir pour carrément autre chose ça me permet de poser les bases. »

7. Vers une autre médecine ?

7.1 Une revalorisation de la médecine préventive

Les médecins reconnaissent dans la ROSP un outil revalorisant la médecine préventive.

Même si M1 déclare *« Au point de vue préventif pur, on n’y est pas encore. »*, d’autres médecins s’accordent pour dire qu’ils ont amélioré leur suivi des pathologies chroniques : *« Nous obliger les médecins à travailler correctement, à suivre nos diabétiques, à faire de la prévention. » (M10)*

« C’est une nouveauté dans notre exercice ça prend une place de plus en plus importante. » (M12)

« Ils veulent nous faire basculer dans de la médecine de prévention et plus dans de la médecine curative pure. » (M14)

M12 tient d’ailleurs à rappeler qu’avant la ROSP, la médecine préventive n’était pas rémunérée : *« C’est le très bon côté de cette réforme, c’est que ça nous avantage à faire de la prévention, et ça c’est le côté très intéressant parce qu’il ne faut pas oublier que la prévention ça n’était pas rémunéré avant. »*

Les médecins trouvent que la ROSP amène ainsi plus de rigueur et un rôle d’alerte : *« Je suis un peu plus rigoureuse sur le suivi des diabétiques [...]. Je suis plus carrée sur l’HbA1c. » (M1)*
« Ça améliore certainement le suivi parce qu’on y fait certainement plus attention aussi. » (M5)

« Ça nous alerte quand même. » (M5)

« C’est vrai que ce système-là, moi de temps en temps je mettais des petits pots-it, des trucs en disant attention « clac clac clac », et ça me permettait de revenir, de prendre un peu de temps, de dire stop ça j’ai pas fait, c’est pas bon. » (M14)

7.2 Une évolution de la médecine libérale

Les avis divergent sur l'effet du paiement à la performance sur la médecine libérale mais la plupart des médecins craignent que ce mode de rémunération ne soit une perte de liberté à différents degrés.

Beaucoup de médecins lient cette perte de liberté au caractère salarial de la rémunération :

« Nous devenons des médecins fonctionnaires et non des libéraux. » (M3)

« Il faut voir les choses comme ça, on est salarié de l'état, c'est de l'argent public. » (M8)

« Ils veulent fonctionnariser. » (M14)

M8 parle d'ailleurs d'un système « étatisé », tout comme M12 : *« Donc ça y est, ça c'est arrivé dans notre mode d'exercice. Et c'est le début de l'étatisation de la médecine. »* Dans le même sens M7 parle de « directives étatiques ».

M11 voit cette rémunération comme une soumission à l'autorité régulatrice : *« On est augmentés en passant sous les fourches caudines de la sécurité sociale qui fait de nous des médecins de sécu et plus des médecins libres. »*

De façon assez collégiale, les médecins constatent une évolution de la médecine libérale : *« Je pense que c'est peut-être un peu l'avenir, la médecine libérale est en train de changer. » (M5)*

« Mais c'est à l'encontre de l'ancienne mentalité des médecins qui étaient complètement libres, libéral, ils faisaient ce qu'ils voulaient. » (M8)

M11 évoque une raison syndicale et une probable raison sociale avec la féminisation de la profession : *« Aujourd'hui personne n'est syndiqué. Et ceux qui sont syndiqués le sont plutôt dans des syndicats qui sont plutôt vers moins de libéral. Peut-être que c'est l'avenir, le choix des futurs médecins, en particulier les femmes qui ont d'autres priorités. »*

D'une façon plus affirmée, quelques médecins parlent de la ROSP comme une atteinte à la médecine libérale : *« Mon avis général, c'est que c'est quelque chose [...] plutôt d'anti-*

libéral. [...] Je le vois de pire en pire, je vois que la médecine libérale va disparaître. C'est surtout ça, parce qu'on pourra plus rien faire. » (M3)

« Dangereux pour notre liberté » (M13).

M11 reprend même une citation d'Hippocrate : *« Je suis un médecin libéral et je pense qu'on n'a pas à obéir à qui que ce soit. Hippocrate nous a dit « vous êtes des hommes libres, conscients et responsables », donc on a fait une grosse erreur de faire ça. [...] Je pense que les médecins perdent de plus en plus leur liberté. »*

M14 image la privation de liberté en déclarant que les autorités étatiques *« cadennassent »* les médecins.

De son côté M14 déclare que la médecine libérale est une fausse idée : *« La problématique c'est qu'on a une fausse idée de la médecine française, on pense qu'on est une médecine libérale, on ne l'est pas du tout, on est dépendant d'un organisme qui s'appelle la Sécu, nous sommes conventionnés et donc quelque part on est étatisés. »*

7.3 Une standardisation et homogénéisation de la médecine

Le risque de ce dispositif ne serait-il pas d'uniformiser la médecine en perdant la singularité de la pratique clinique de chaque médecin ?

M3 le craint avec l'informatisation notamment : *« C'est l'ordinateur qui fera notre ordonnance. On mettra notre diagnostic, c'est tout. »*

M8 va plus loin en craignant la fin d'une médecine innovatrice : *« Il faut généraliser, uniformiser la manière de faire les choses pour que ça soit le moins coûteux possible et surtout il y a aussi un gain de qualité indéniable ça c'est sûr. Mais il y a un revers de la médaille. Il faut que votre génération fasse attention. S'il y avait eu la ROSP en son temps, Pasteur n'aurait pas découvert le vaccin. Les découvertes majeures ne peuvent se faire qu'en dehors des sentiers battus, obligatoirement. »*

7.4 Vers un système britannique/américain

On ne peut pas évoquer la ROSP sans la comparer aux exemples étrangers britanniques et américains.

M8 attire le regard sur le risque de privatisation de la médecine comme aux Etats-Unis : *« Ça devient dangereux, parce que purement économique c'est comme aux Etats-Unis où le système il est complètement privé. Ça veut dire que quand tu rentres aux urgences, la première chose qu'ils te demandent c'est ta mutuelle. Si t'en as pas, ils savent même pas ce que tu as, ils veulent même pas savoir ce que tu as. Et c'est ce à quoi on va se diriger. »*

M11 et M14 voient le système évoluant vers les exemples étrangers :

- Vers un système britannique avec un médecin « gate-keeper » : *« on fait une médecine à l'anglaise » (M11)*
- Vers un système américain : *« Et dans peu de temps on aura le système assurance, médecine d'assurance avec le médecin « gate-keeper ». Les assurances ça fait déjà 15 ans qu'elles sont sur le dossier. [...] AXA avait déjà proposé de retirer ces 1,5 millions d'assurés sociaux, de les retirer du système sécu. La Sécu s'est dit, c'est le plus gros assureur français, on va commencer à nous manger et ils ont fait un blocus au niveau politique en disant non pour l'instant on garde tout le monde. Mais l'évolution sera effectivement à l'américaine, un système assurance avec une sécu CMU. » (M14)*

7.5 Une démarche politico-économique

La ROSP apparaît comme un outil économique indéniable pour de nombreux médecins.

M1 y voit des *« des économies à long terme »* ; M2 pense qu'il existe un lien inévitable entre amélioration des pratiques et économies : *« Donc il est bien évident que, ce n'est pas moi qui le dis, mais la santé ça n'a pas de prix mais ça a un coût, donc si t'améliores les pratiques individuelles forcément il y aura une répercussion sur l'économie et à partir du moment où il y a une répercussion sur l'économie on pourra mieux soigner les gens. »*

« Et puis intérêt économique aussi, économie sur la santé, sur la prescription de génériques par exemple. » (M5)

M13 y voit un outil intéressant toujours du point de vue économique : *« Par contre, pour la sécu ça n'a rien coûté de plus, c'est quand même une bonne idée, ça a amélioré la qualité de prise en charge des patients sans coûter un sou en plus. C'est pour ça c'est un outil qui est intéressant. »*

Plusieurs médecins se mettent d'accord en ne voyant que le bénéfice économique : *« Les raisons sont comptables » (M3), « c'est purement économique », « bénéfice financier exclusif » (M6), « purement économique » (M8), « les raisons de la sécurité sociale, qui elles sont des raisons financières » (M11).*

M12 pousse la réflexion en ajoutant aux raisons comptables un point de vue politique, indexant l'acte médical dans l'inflation : *« Alors c'est encore une raison politique. La raison essentielle, et non écrite, c'est que l'acte médical est dans l'indice des prix. Et pour ne pas augmenter l'inflation, les hommes politiques [...] limitent l'inflation. Parce que l'inflation c'est une norme politique, norme économique très importante. Un gouvernement qui a une grosse inflation c'est un gouvernement qui va être désavoué par ses électeurs. Donc pour minimiser l'inflation, il retire certaines..., le tabac par exemple il est hors inflation, et inversement le « V » et le « C » ils sont dans l'inflation.»*

M14 associe également la démarche politico-économique : *« On est de plus en plus dans une logique politico-économique. On a besoin d'avoir des résultats économiques rapides pour que le patient électeur puisse réélire rapidement un politique qui a déterminé une politique à court terme. On est vraiment dans de la gestion. Je dirais que ça s'applique à tous les autres budgets de l'Etat mais bon l'un des plus voyants est évidemment le budget de la santé. Avec de gros déficits, un système qui n'est plus adapté et des déficits qui vont de toute façon s'aggraver. »*

M14 dénonce aussi une décision de l'Etat pour faire taire les médecins : *« Je pense que les politiques se sont dits, bon les médecins il suffit de les payer ils vont la fermer. »*

Selon M14 il ne s'agirait que d'une étape intermédiaire de l'évolution de la médecine libérale afin de ne pas bouleverser les médecins plutôt conservateurs : *« Et je dirais de par ce conservatisme, les politiques ne peuvent pas rentrer dans le tas directement, là ils vont droit*

à la révolution et ils ont déjà tenté et ça a été très chaud pour eux, donc ils essayent d'être plus intelligents et de passer au départ par des systèmes intermédiaires. Je pense qu'il y a déjà une planification qui est faite et on va avoir des étapes au fur et à mesure. Là on est sur une étape transitoire, étape effectivement intégration dans des réseaux et fin. »

DISCUSSION

I. La méthode

1. Le choix de la méthode

Notre but était de recueillir les opinions des médecins généralistes sur l'intégration de la ROSP dans leur pratique. Une étude qualitative était donc appropriée pour faire émerger de nouvelles idées.

Les entretiens individuels ont été choisis afin de garder la libre expression de chaque médecin notamment sur des questions d'ordre pécuniaire qui auraient pu avoir des réponses moins expressives lors d'entretiens par groupes.

2. Les médecins rencontrés

Bien que la représentativité de l'échantillon ne soit pas la règle dans une étude qualitative, les médecins interrogés ont tout de même des caractéristiques comparables aux données nationales de la DREES au 1^{er} janvier 2014²⁰ :

- Une moyenne d'âge de 51,6 ans contre 52,8 ans dans l'étude
- 26,6% des médecins travaillent seuls contre 21% dans l'étude.

En recherche qualitative, la règle est de sélectionner minutieusement les contextes et les participants afin d'obtenir précisément la diversification et la saturation des données.¹⁹

Les points forts de cette étude sont donc la diversité des lieux et des modes d'exercice ainsi que la sélection de médecins syndiqués.

Aussi, l'implication des médecins dans la formation médicale continue apporte une force en interrogeant des médecins qui s'investissent déjà dans l'amélioration des pratiques.

De même, les disparités d'adhésion préalable au CAPI amènent une force à l'étude. En effet, lors d'une enquête nationale²¹ menée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux entre 2010 et 2013 recueillant notamment les opinions sur le paiement

à la performance, le fait d'avoir signé le CAPI précédemment était corrélé positivement à l'acceptation de la ROSP. Seuls 3 % des médecins déclarant avoir signé le CAPI ont explicitement refusé la ROSP contre 6 % des non-signataires.

Les points faibles de l'étude sont le manque de représentativité de la féminisation croissante de la médecine générale. Les femmes représentent à ce jour 35% des médecins généralistes libéraux contre seulement 21% dans notre étude. Nous savons que la féminisation de la médecine générale apporte des réflexions différentes sur la pratique.

Un autre point faible de cette étude était de le manque de recrutement de jeunes médecins signataires de la ROSP, ceux-ci ayant le plus souvent une activité de remplaçants et donc non éligibles dans cette étude. En effet, au 1^{er} janvier 2014, les jeunes médecins généralistes ne représentaient que 20,7% dans le secteur libéral contre 41,9% en tant que remplaçants.²²

Dans un panel exhaustif d'environ 9000 médecins généralistes fourni par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), l'âge moyen d'installation était de 36,7 ans en 2002.²³

Aussi, les médecins interrogés sont en nette majorité impliqués dans la formation universitaire ce qui n'a pas été volontaire dans le choix de l'échantillon. Il s'agit sans doute de la conséquence de l'effet boule de neige du recrutement des participants.

3. Le guide d'entretien

Les questions étaient en majorité ouvertes afin de faire émerger des idées. Elles étaient posées dans un ordre en rapport avec l'évolution chronologique de la ROSP permettant la fluidité des entretiens.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir des données de la littérature et notamment d'études britanniques sur le QOF.²⁴ Il a été relu par le directeur de thèse et modifié au fur et à mesure des entretiens afin de relancer au mieux les médecins et d'avoir une plus grande diversité de réponses. Des questions initialement fermées qui apportaient des réponses pauvres ont été secondairement ouvertes oralement.

4. Le déroulement des entretiens

Chaque entretien a eu lieu dans le cabinet du médecin interrogé sur rendez-vous téléphonique préalable. Les entretiens ont été, dans la mesure du possible, effectués en dehors d'un intervalle entre deux consultations pour favoriser la disponibilité du médecin.

5. La retranscription et l'analyse des données

La retranscription a été rigoureuse mot à mot et effectuée au maximum le jour suivant l'entretien pour garder en mémoire les expressions non verbales qui n'auraient pas été inscrites au cours des entretiens. Dans la mesure du possible, pour préserver la véracité des entretiens, le langage oral a été retranscrit.

L'analyse thématique a été débutée avant la fin des entretiens pour estimer la saturation des données. La triangulation et la relecture de l'analyse ont amené une force à l'étude.

La saturation des données a été obtenue au 11^{ème} entretien, les 3 entretiens suivants ont permis d'étoffer les thématiques et de vérifier la saturation des données.

II. Principaux résultats

1. Une adhésion étonnante au dispositif

La majorité des médecins interrogés adhèrent au dispositif considérant la ROSP comme un dispositif collégial améliorant les pratiques et revalorisant une médecine préventive jusqu'à oubliée ; ce qui est plutôt en accord avec les données de l'Assurance Maladie déclarant 57% de médecins qui voient dans la ROSP une aide à l'atteinte des objectifs de santé publique.¹

Cependant deux types d'adhésion sont ressortis des discours. Si certains y adhèrent activement en s'inscrivant dans une réelle perspective d'amélioration de santé publique, d'autres y adhèrent passivement.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent amener à accepter ce dispositif ?

La première hypothèse est que les médecins adhèrent de façon plutôt passive à la ROSP s'inscrivant dans un choix conventionnel ou syndical.

MG France, l'un des syndicats cité au cours des entretiens, avait d'ailleurs rédigé un communiqué destiné aux médecins généralistes pour expliquer son acceptation de la ROSP après un discours anti-CAPI. MG France mettait un point d'honneur à contredire ceux qui parlaient de « volte-face », et différenciait alors la ROSP du CAPI : ajout de la valorisation de la gestion du cabinet, contrat « collectif », objectifs intermédiaires et absence de mesures répressives.²⁵

La deuxième hypothèse est que les médecins pensent qu'ils ont déjà les compétences exigées par la ROSP et qu'ils n'ont pas à modifier leurs pratiques. Leurs discours paraissent ainsi paradoxaux dans la mesure où ils justifient leur signature à la ROSP dans un but d'amélioration des pratiques tout en déclarant ne pas à avoir à évoluer.

Cette idée amène à une des problématiques éthiques de ce dispositif : est-il déontologique d'être rémunéré sur des objectifs déjà atteints ? Nous y tenterons d'y répondre au 4^{ème} chapitre.

2. Les indicateurs de la ROSP

2.1 Un certain consensus en leur faveur

Quelques grands thèmes de la ROSP ont eu un grand suffrage de la part des médecins interrogés comme le suivi des pathologies chroniques majoritairement représentées par le diabète.

En effet, le dernier bilan annuel de l'Assurance Maladie confirme ces influences notant que plus de 185 000 personnes diabétiques supplémentaires ont pu bénéficier, sur deux ans, des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés, et plus de 50 000 patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire ont été mis sous traitement par statine et par aspirine faible dosage ou anticoagulant.¹

À l'inverse, l'Assurance Maladie dresse un portrait mitigé sur certains indicateurs de prévention.¹ Le dépistage du cancer du sein est en recul alors que les médecins interrogés mettent en doute les résultats pensant être très attentifs à cet item.

De même la vaccination antigrippale pour les patients de 65 ans et plus a baissé de 2,8 ans dans un climat de méfiance mis en exergue lors des entretiens.

Quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, une baisse de 1,2 % est observée sur les deux dernières années alors que les médecins interrogés semblent s'y astreindre de plus en plus.

Peut-on vraiment corrélérer la faiblesse des résultats à la déficience de prescription des médecins généralistes ? Ou n'y a-t-il pas une réalité de terrain indépendante de la volonté des médecins ? Nous pouvons amener plusieurs hypothèses : difficultés d'accès aux centres d'exams radiologiques et biologiques, non-observance des patients et influence des caractéristiques socio-économiques de la patientèle. Autant de points suscitant des modifications de contenu ou de modalités de la ROSP dans l'avenir.

2.2 L'émergence des génériques

La ROSP relance ouvertement le débat des génériques.

Certains médecins voient d'ailleurs la ROSP comme l'implantation définitive des génériques dans leurs prescriptions.

Les médecins considèrent cette mesure comme une démarche avant tout économique en faveur des caisses et des laboratoires, mettant parfois en question le bénéfice pour les patients.

Ils émettent parfois des doutes sur l'efficacité du générique par rapport au princeps, préférant ainsi prescrire le princeps se détachant des objectifs de la ROSP dans un but de qualité des soins.

L'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM), dans son rapport de décembre 2012²⁶, décide de lever l'opacité sur les génériques. Si l'arrivée des génériques représente 7 milliards d'euros d'économies sur les dix dernières années, l'ANSM souligne la notion de bioéquivalence entre le générique et le princeps.

L'ANSM rappelle également que du fait de la mondialisation, de nombreux génériques et princeps sont importés de centres de fabrication hors Union Européenne. Ces sites de fabrication travaillent « dans les mêmes conditions et selon les mêmes textes de référence (Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) des médicaments et des substances actives) qu'en Europe ».²⁶

Cependant, l'ANSM a engagé plusieurs actions quant à la recommandation d'utilisation de certains médicaments génériques.²⁷

Dans des lettres s'adressant aux professionnels de santé, l'ANSM émet des recommandations sur l'éviction de substitution de certaines classes médicamenteuses. Elle recommande de ne pas substituer les antiépileptiques si cela peut être source de réactions anxiogènes, faute de preuves scientifiques suffisantes, et d'être prudent lors de la substitution de la levothyroxine sodique de par sa marge thérapeutique étroite.

3. L'Assurance Maladie fin stratège

3.1 Des images explicites

L'analyse du champ lexical des médecins interrogés démontre la position dirigiste de l'Assurance Maladie. La ROSP est un « pied dans le coin de la porte » et « un fusil dans le dos », comme le déclarent les médecins interrogés.

Les médecins se sentent « fliqués », « contrôlés », « jugés », « esclaves », l'Assurance Maladie se servant des médecins comme « bras de levier ». Autant de richesse lexicale qui montre bien l'opinion des médecins généralistes par rapport à l'Assurance Maladie.

3.2 Unique juge et décideur

La plupart des médecins font part de leur vision de l'Assurance Maladie comme un organisme ayant pour but de contrôler, de juger et d'encadrer leurs pratiques. Cette opinion est largement perçue par les médecins interrogés, certains craignant même de voir l'Assurance Maladie comme seul décisionnaire des objectifs de santé publique, ce qui remettrait en doute la validité du dispositif. Un des médecins craint d'ailleurs que

l'Assurance Maladie ne mène ses propres études sans tenir compte de l'HAS ni des partenaires syndicaux.

Cependant, la relation qui unit les médecins avec l'organisme Assurance Maladie payeur conditionne, pour la plupart des médecins, leur acceptation vis-à-vis du dispositif, persuadés qu'ils doivent « rendre des comptes ».

Aucun médecin ne signale de mauvaise relation avec les délégués de l'Assurance Maladie (DAM). Les médecins reconnaissent l'intérêt des DAM pour exposer leurs résultats et leurs progressions.

3.3 Un but économique caché

Les médecins interrogés ont bien saisi l'enjeu économique de la ROSP. Quand l'Assurance Maladie met en avant une amélioration de la qualité des soins au service des patients, les médecins reconnaissent plutôt un but de meilleure efficacité de la santé.

La ROSP est donc essentiellement perçue comme une démarche économique visant à diminuer les coûts de la santé parfois au détriment des patients. Ils voient d'ailleurs l'aspect économique des indicateurs essentiellement avec les génériques.

Deux types de discours s'opposent alors lors de nos entretiens. Si certains concèdent dans cette démarche économique un moyen de sauver le système unique de la Sécurité Sociale, d'autres refusent cet économisme réducteur s'offusquant de l'absence de « démarche qualité ».

Dans son rapport de 2008¹¹, l'IGAS rappelle qu'il ne faut pas céder à un économisme réducteur selon lequel seules les motivations extrinsèques financières seraient à même d'engendrer des bonnes pratiques.

Amartya Sen, économiste ayant reçu le prix Nobel d'Economie en 1998, écrit d'ailleurs : « Il est assurément coûteux, voire impossible, de concevoir un système de supervision distribuant récompenses et punitions de telle façon que chacun est incité à donner le meilleur de soi-même. Tout système économique a donc tendance à compter sur l'existence d'attitudes à l'égard du travail qui l'emportent sur le calcul des gains nets tirés de chaque

unité d'effort. Le conditionnement social joue ici un rôle extrêmement important... Fonder la gestion d'une organisation uniquement sur les incitations économiques en vue de gains personnels est une tâche à peu près impossible. »²⁸

4. La ROSP au sein de la pratique

4.1 Une coquille vide ?

Alors que la plupart des médecins adhèrent au concept d'amélioration des pratiques du dispositif, paradoxalement ils ne sont qu'une minorité à constater des impacts notables sur leurs pratiques. Ceci est contradictoire avec les données de l'AM déclarant que 80% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoyaient de le faire dans l'année suivante.¹

Les médecins ne ressentent que très peu de contraintes à la réalisation des objectifs puisque ceux-ci faisaient déjà partie de leur pratique antérieure.

Mais que peut-on donc attendre d'un tel dispositif en terme de qualité des soins ?

Les expériences étrangères ne rapportent que peu de réponses.

David Bernstein, consultant en économie de la santé, écrivait dans un article que l'expérience du paiement à la performance britannique avait eu des répercussions positives sur la qualité des soins. Quatre ans après l'instauration du QOF, les médecins avaient modifié leurs pratiques et organisé leur cabinet en fonction des indicateurs assignés. Cependant, il précise la difficulté d'attribution des taux de réussite à la seule introduction du QOF. En effet, on observait déjà une amélioration de la qualité du suivi de certaines pathologies chroniques (maladies coronariennes, diabète, asthme) avant sa mise en place.³

Différentes études publiées ont permis d'évaluer les dispositifs de paiement à la performance à l'étranger et notamment au Royaume-Uni et aux Etats-Unis avec des résultats positifs mais modestes sur l'amélioration de la qualité des soins se référant aux indicateurs.^{24,29,30}

Des résultats inattendus en ressortent également comme l'influence du QOF sur les directives des consultations et l'altération sur la relation médecin-malade.²⁴

Les études se rejoignent sur la nécessité de poursuivre les investigations afin de déterminer plus précisément l'efficacité de ces incitations financières sur la qualité des soins mais également leurs effets inattendus et leur rapport coût-efficacité. En effet, le paiement à la performance à l'étranger est coûteux ce qui peut poser problème dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

4.2 La ROSP comme atteinte aux libertés

C'est le principal aspect dénoncé par les médecins interrogés : la fin du libéralisme médical ? Par plusieurs aspects, la ROSP s'inscrit comme une atteinte à leur liberté (leurs libertés ?).

Dans un premier temps, en s'attaquant insidieusement au paiement à l'acte, les médecins voient une mainmise de l'Assurance Maladie sur leur rémunération. Paradoxalement, les médecins reconnaissent déjà la part salariale de leur activité (rémunérations forfaitaires) mais refusent d'y céder totalement. Le paiement à l'acte apparaît comme la clé du libéralisme, sans lequel leur qualité de « libéraux » n'aurait plus aucun sens.

L'ouverture à d'autres modes de rémunération est perçue comme un risque de blocage du « C » à 23 € pour la plupart des médecins qui aimeraient plutôt une revalorisation de leur acte.

Cependant, la rémunération au forfait et à la performance ne représenterait qu'environ 12,3% des revenus des médecins généralistes en 2013 dont 3,9% liés à la première année de paiement de la ROSP, laissant la place largement prépondérante au paiement à l'acte.³¹

Dans un deuxième temps, sous couvert de l'homogénéisation des pratiques et de l'informatisation, la ROSP se veut être une atteinte à leur liberté de prescription. La plupart des médecins refusent de céder leur libre arbitre, souhaitent garder leur indépendance, allant parfois à l'encontre de certains objectifs de la ROSP.

Les médecins britanniques se rejoignent d'ailleurs pour renoncer à la réalisation de certains objectifs si ceux-ci peuvent être préjudiciables pour les patients, notamment sur les objectifs cibles de l'HbA1c.²⁴

Un des médecins craint même l'évolution vers une médecine dénuée de découvertes puisque l'homogénéisation des pratiques n'apporterait plus aucune réflexion scientifique. Or la motivation intrinsèque est traditionnellement considérée comme la clef de la performance professionnelle.³²

Finalement, l'absence de mesures punitives amène les médecins à reconnaître leur liberté de suivre ou non les indicateurs de la ROSP. C'est dans ce contexte qu'Alan Maynard, Professeur en économie de la santé, amène cette question politico-économique cruciale : savoir si les programmes de paiement à la performance dotés de sanctions ne seraient pas plus rentables que ceux qui n'utilisent que des primes.³³

C'est dans ce contexte de maîtrise des coûts de la santé que les médecins craignent l'apparition de mesures punitives.

Dans son dernier rapport³¹, la Cour des comptes souhaite d'ailleurs que la ROSP soit assortie de sanctions, ce qui « reviendrait à instaurer une obligation de soins pour les patients ». « Les obligations définies en contrepartie [...] pour les médecins [...] devraient souvent s'imposer déjà aux professionnels hors rémunération supplémentaire. Les conventions ne prévoient en outre aucune sanction financière directe en cas de non-respect des objectifs. » La Cour des comptes recommande ainsi que « les résultats insuffisants viennent réduire la rémunération finale ».

5. L'argent de la ROSP

5.1 Efficacité des mesures incitatives

La ROSP est souvent perçue par les médecins comme l'image d'un âne à qui l'on tendrait une carotte, comme si les mesures incitatives pourraient faire avancer les médecins en améliorant leurs pratiques.

Faut-il comprendre que le médecin est vénal et que seules des mesures financières seraient efficaces pour le faire évoluer ?

Des études antérieures ont suggéré que des incitations financières suffisantes étaient efficaces pour modifier des comportements d'autant plus qu'elles étaient utilisées comme

des points de bonus sur des revenus existants. La motivation professionnelle ne serait pas suffisante à elle seule dans une perspective d'amélioration des soins.

Une étude américaine sur le paiement à la performance au sein des hôpitaux publics a conclu que des incitations financières importantes avaient davantage d'effets que des incitations moindres.³⁴

Dans cette étude, les médecins suggèrent que la rémunération est suffisamment importante et qu'elle permet notamment d'améliorer la qualité des soins tout comme dans l'étude britannique comparable²⁴.

Alan Maynard s'interroge sur l'efficacité d'un tel dispositif en se demandant si l'amélioration des pratiques constatée au Royaume-Uni n'était pas plutôt liée à la mesure comparative de la performance qui affecte la réputation des médecins plutôt que les primes versées.³³

Il met aussi le point sur le risque de voir se développer les mesures incitatives financières au regret de voir disparaître les incitations non financières telles que le devoir, la confiance et la réputation.

5.2 Un manquement à l'éthique professionnelle

En quoi la ROSP peut-elle être perçue comme une problématique éthique par les médecins ? Il convient de définir le principe d'éthique dans le domaine médical comme l'ensemble des règles morales qui veulent que le médecin fasse de son mieux pour la prise en charge de ses patients.

Le risque d'introduire de telles mesures incitatives serait donc de susciter l'appât du gain et d'aller à l'encontre de la démarche éthique professionnelle. Les médecins deviennent alors des « chasseurs de primes » et ouvrent leur « tiroir-caisse », selon les expressions tirées des entretiens.

Il apparaît donc un conflit d'intérêt financier sur la santé du patient, puisque les intérêts financiers peuvent entrer en concurrence avec les principes déontologiques censés guider les soins délivrés aux patients.

Les médecins s'interrogent aussi sur le risque de sélection de la patientèle, ne conservant ainsi que les patients observants et rémunérateurs.

Cependant nous pouvons aussi nous demander si le paiement à l'acte n'était pas également un risque de dérive. Les médecins peuvent éviter les patients polypathologiques chronophages, quand la consultation est payée de la même façon quelle que soit sa durée.

Cependant une étude récente et de grande envergure au Royaume-Uni a montré que la mise en place du QOF n'avait pas majoré les inégalités de santé, au contraire il semble que ce système ait permis une amélioration sur ce point.³⁵

Ces résultats doivent être observés avec prudence car le contexte au Royaume-Uni est différent, il existe en particulier la possibilité d'exclure des patients de la base de calcul sans les exclure de sa patientèle. Ainsi certains patients jugés peu observants peuvent continuer à être soignés sans que les résultats de leurs indicateurs ne viennent affecter la rémunération du médecin.

Cette problématique éthique de risque de dérive a été retrouvée au Royaume-Uni avec la notion de « gaming » qui se définit par des fausses déclarations des médecins afin d'obtenir de meilleurs résultats.¹¹ Cette dérive pourra être étudiée en France notamment par le système déclaratif souvent jugé comme absurde lors de nos entretiens.

Autant de points amenant un questionnement éthique qu'Olivier De Saint Lary expose dans son mémoire.³⁶ La ROSP a fait ressortir de nombreuses tensions éthiques majoritairement représentées par les conflits d'intérêts inhérents au système ou dépendants des indicateurs utilisés.

6. L'avenir

6.1 Une étatisation de la médecine

Le ressenti des médecins interrogés est animé par la peur de perdre leur autonomie d'exercice libéral et de soumettre l'avenir de la médecine à une seule décision politico-économique.

La ROSP apparaît comme une logique politique dans un contexte de récession économique. C'est dans ce contexte que les médecins justifient l'absence de revalorisation de l'acte médical, alors non soumis à l'inflation, pour éviter la désapprobation du gouvernement.

L'un des médecins pousse la réflexion en évoquant le pouvoir influent du médecin sur sa patientèle alors électrice ; un médecin satisfait de la politique économique aura un pouvoir persuasif sur la réélection du gouvernement auprès de sa patientèle.

Cependant, Patrick Hassenteufel, Professeur des Universités en Sciences Politiques, évoquait la notion d'érosion du « pouvoir médical » en 1999, estimant que les médecins perdaient déjà leur pouvoir d'influence sur les décisions politiques en termes de santé publique.³⁷

Il redéfinissait d'ailleurs selon lui cette notion de pouvoir en la divisant en 4 pouvoirs distincts :

- Le pouvoir professionnel qui renvoie à l'autonomie de la profession et aux rapports de pouvoir vis-à-vis des patients,
- Le pouvoir politique qui renvoie à la capacité d'intervention des médecins en groupe organisé sur les décisions publiques de santé,
- Le pouvoir économique qui renvoie aux revenus des médecins c'est-à-dire à leur position dans l'échelle des revenus,
- Et le pouvoir social qui renvoie au prestige des médecins, à leur image vis-à-vis de l'opinion publique.

Les médecins évoquent aussi l'évolution d'une médecine plutôt salariale. Le salariat connaît une attractivité grandissante, qu'un des médecins associe à l'engouement des jeunes générations de médecins et à la féminisation de la médecine générale.

Parmi les nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2014, 33,4% des médecins généralistes ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecins salariés contre seulement 20,4% en tant que médecins libéraux exclusifs. La féminisation continue de progresser avec une croissance d'1% sur un an.²²

6.2 Des perspectives d'évolution de la ROSP

Les médecins évoquent fréquemment le point négatif de la ROSP qui ne prend pas en compte les disparités socio-économiques des patientèles. Ils notent des barrières à la réalisation des objectifs inhérentes aux différences de patientèle considérant que l'observance est certainement liée à la situation sociale du patient.

Les consultations de médecine générale représentent 90 à 95% des contacts de la population avec le corps médical et il existe des inégalités sociales de santé (ISS) au sein même des patientèles des médecins généralistes.³⁸

C'est dans ce contexte que le Collège de Médecine Générale recommande l'intégration des ISS dans les réflexions sur l'organisation des soins primaires, notamment sur leur mode de financement.³⁹ Le postulat est que les médecins généralistes travaillant avec une population plus défavorisée nécessitent des aides spécifiques, du fait de la complexité de la prise en charge de cette population. De ce fait, la ROSP pourrait valoriser financièrement l'enregistrement de la situation sociale des patients et permettre de financer la surcharge de travail administratif et sanitaire liée à la prise en charge de ces patients défavorisés.

A l'échelle hospitalière, le principe de paiement à la performance est en cours de développement.

Le projet Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) est mené par le Projet Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité - Hôpital Patient Sécurité Territoire (COMPAQ-HPST) sous l'égide du Ministère des affaires Sociales et de la Santé et de la HAS. Cette réflexion, engagée depuis 2010, vise à explorer les différentes modalités opérationnelles qui permettraient de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. La première phase d'expérimentation se déroule entre Novembre 2012 et Décembre 2014, et la deuxième se poursuivra jusqu'en Décembre 2015.

L'incitation financière se fera en fonction des résultats des établissements de santé en matière de qualité, appréciés par plusieurs composantes (tenue du dossier patient, délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique...⁴⁰).

7. Des pistes de recherche envisageables

À partir des données de cette étude, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative afin d'obtenir à plus grande échelle les modalités d'adhésion des médecins généralistes et de mesurer les impacts sur leur pratique.

Enfin, un autre éclairage serait d'explorer le point de vue du patient sur ce nouveau mode de rémunération pour enrichir la réflexion sur le paiement à la performance et rechercher des conséquences sur la relation médecin-malade. En effet, nous n'avons pas trouvé de réel impact sur la relation médecin-malade du point de vue des médecins généralistes.

CONCLUSION

La ROSP, suite logique du CAPI, s'inscrit dans une volonté d'évolution de la médecine libérale. Les institutions ont voulu implanter le paiement à la performance dans l'optique d'améliorer les pratiques individuelles tout en favorisant l'accès aux soins.

Notre étude a pour objectif de recueillir les ressentis des médecins généralistes ayant signé la nouvelle convention et de percevoir leur vision de l'avenir de la médecine avec le paiement à la performance.

Les médecins interrogés signataires nous apportent une adhésion étonnante du dispositif, parfois dans une démarche active et convaincue, parfois plus passivement en s'inscrivant dans un choix syndical ou conventionnel.

L'intégration de la ROSP dans leur pratique est souvent paradoxale quand les médecins acquiescent la démarche qualité sans pour autant avoir à modifier leur pratique. Cependant, l'Assurance Maladie constate une progression constante de l'atteinte des objectifs.

Il est difficile de savoir si, au regard des exemples étrangers, les incitations financières sont seules responsables de l'amélioration de la qualité des soins.

Les indicateurs ne doivent pas rester figés, ils doivent s'adapter à l'évolution de la médecine et à l'arrivée des jeunes médecins formés. Le choix des indicateurs doit cependant rester une réflexion des sociétés savantes indépendamment de l'Assurance Maladie.

Les médecins mettent un point d'honneur à soulever les tensions éthiques inhérentes au paiement à la performance. Ils dénoncent un conflit d'intérêt sur la santé du patient ainsi qu'un risque de sélection de la patientèle.

Les relations avec l'Assurance Maladie restent craintives. Un climat de méfiance se surajoute à la peur de l'atteinte à la médecine libérale.

Bien que très attachés au paiement à l'acte, les médecins s'ouvrent à d'autres modes de rémunération. La rémunération est perçue comme suffisante revalorisant une médecine de prévention et de suivi de pathologies chroniques et non d'accumulation des actes.

Les médecins se rejoignent sur l'évolution de la médecine dictée par une démarche politico-économique. L'émergence des génériques est l'élément conducteur de la volonté économique. Mais les médecins se questionnent sur le réel coût de ce dispositif.

Ainsi, la ROSP s'intègre dans la vie du médecin généraliste libéral par plusieurs aspects : la pratique médicale, l'argent et la place du médecin dans le triangle médecin-patient-Assurance Maladie.

À deux ans de sa mise en place, les discussions s'organisent autour de l'évolution du paiement à la performance : réduction des inégalités sociales, changements des indicateurs, mesures pénalisantes ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après, rapport du 10 avril 2014
2. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011, 94 pages
3. Bernstein D. « Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? » ADSP, 2008, n°65, p. 49-52
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Avis de l'ordre sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, avec commentaires [en ligne], 2011. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/avis-de-l-ordre-sur-la-convention-1113> (consulté le 24/03/2014)
5. Holué C. « Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes? » Médecins, 2012, n°22, p. 10-12
6. CSMF. Paiement sur objectifs de santé publique : Le paiement à la performance pour les nuls, [en ligne], 2012. Disponible sur http://www.csmf.org/upload/File/Nuls/3_p4p_nuls_120131.pdf (consulté le 24/03/2014)
7. Andriantsehenoharinala L., Folco-Lognos B. (dir.). 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. 210 p. Thèse de doctorat : Médecine. Montpellier : Montpellier 1, 2014
8. ENA, Promotion 2008-2010, Groupe 13. La rémunération des médecins libéraux, 2010
9. Programme de Qualité et d'Efficiences Maladie, Partie II « Objectifs/Résultats », Importance des dépassements tarifaires, PLFSS, [en ligne], 2011. Disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/obj-res1_4_pqe_maladie.pdf (consulté le 17/08/14)
10. Samson AL. « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins? », Regards croisés sur l'économie, 2009, Vol. 1, n°5, p. 144-158
11. Bras P-L., Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Inspection Générale des Affaires Sociales, 2008, Rapport n°RM2008-047P, 65 pages
12. Chevrier-Fatome C. Le système de santé en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Juin 2002, Rapport n°2002-105

13. Raim L. « Etats-Unis : un système de santé qui n'assure pas », L'Express, rubrique Economie [en ligne], 2009. Disponible sur http://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/etats-unis-un-systeme-de-sante-qui-n-assure-pas_1443518.html (consulté le 03/08/2014)
14. UNOF Les généralistes de la CSMF. « ROSP : l'UNOF-CSMF salue les bons résultats 2013 », [en ligne], 11 avril 2014. Disponible sur <http://www.unof.org/+ROSP-l-UNOF-CSMF-salue-les-bons+.html> (consulté le 17/08/2014)
15. Le Borgne C. « ROSP : ces patients non comptés qui ne vous rapportent rien. », UNOF Les généralistes de la CSMF, [en ligne], 3 février 2014. Disponible sur <http://www.unof.org/+ROSP-ces-patients-non-comptes-qui+.html> (consulté le 03/08/2014)
16. Paraskevov P., Lognos B. (dir.). Le ressenti des médecins généralistes face au paiement à la performance. 102 p. Thèse de doctorat : Médecine. Montpellier : Montpellier 1, 2012
17. Roy K., Meric B. (dir.). 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 ? 103p. Thèse de doctorat : Médecine, Montpellier : Montpellier 1, 2012
18. Aubin Auger I. « Introduction à la recherche qualitative », Exercer, la revue française de médecine générale, 2008, Vol. 19, n°84, p. 142-145
19. Côté L., Turgeon J. « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », Pédagogie Médicale 2002, n°3, p. 81-90
20. Enquête de la DREES. Les médecins au 1^{er} janvier 2014, [en ligne]. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html> (consulté le 02/08/2014)
21. Massin S. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers, Etudes et Résultats, février 2014, n°873
22. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins
23. Delattre E., Samson A-L. « Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? » Economie et Statistique n° 455-456, 2012, p. 115-142
24. Campbell SM., McDonald R., Lester H. "The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study." Annals of Family Medicine, 2008, Vol. 6, n°3, p. 228-234
25. Nogrette JC. « Etes-vous P4P, ROSP ou anti ? », La lettre aux généralistes, MG France, 11 avril 2013

26. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Médicaments génériques : lever l'opacité. Questions/Réponses, décembre 2012
27. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Les médicaments génériques : des médicaments à part entière. Rapport, décembre 2012
28. Sen A. « Des idiots rationnels, critique de la conception du comportement dans la théorie économique », Ethique et économie, Paris, PUF, 1993, p.104
29. Stephen J. Guillam, A. Niroshan Siriwardena. "Pay-for-Performance in the United Kingdom : Impact of the Quality and Outcomes Framework - A Systematic Review." Annals of Family Medicine, 2012, Vol. 10, n°5, p. 461-468
30. Laura A. Petersen, LeChauncy D. Woodard. "Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?" Annals of Internal Medicine, 2006, Vol. 145, n°4, p. 265-272
31. 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, Juin 2014
32. Marshall M, Harrison S. « It's about more than money: financial incentives and internal motivation. » Qual Saf Health Care, 2005, n°14, p. 4-5
33. Maynard A. « The powers and pitfalls of payment for performance », Health Economics, 2012, n°21, p. 3-12
34. Rachel M. Werner, Jonathan T. Kolstad, Elizabeth A. Stuart and Daniel Polsky. « The effect of Pay-For-Performance in Hospitals : Lessons for quality improvement », Health Affairs, 2011, 30, n°4, p. 690-698
35. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. « Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. » Lancet, 30 août 2008, 372, n°9640, p. 728-736
36. Saint Lary O., Plu I. (dir.). Quelle appréciation les médecins généralistes français ont-ils des problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance ? 67p. Mémoire Master 2 Recherche en éthique : Université Paris Descartes, 2011
37. Hassenteufel P. « Vers le déclin du « pouvoir médical ? », Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne. » Pouvoirs, 1999, 89, p. 51-64
38. Collège de la Médecine Générale. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. INPES, Etat des connaissances, mai 2014

39. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations réalisées sous l'égide du Collège de la Médecine Générale, Mars 2014

40. Document d'information sur la méthode de l'expérimentation Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ 1^{ère} phase 2012-2014), point d'étape, 19 juin 2014

Références non citées :

41. Nifenecker R., Hugué S. (dir.). 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. 105 p. Thèse de doctorat : Médecine. Rennes : Rennes 1, 2011

42. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique, un an après, rapport du 11 avril 2013

43. Brenon M., Laurent R. (dir.). Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles : Vers un nouveau mode de rémunération pour des médecins généralistes français ? 137p. Thèse de doctorat : Médecine, Grenoble, 2010

44. Laurent F., Saint Lary O. (dir.). Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ? 154p. Thèse de doctorat : Médecine, Versailles, 2013

45. Fischer E., «Paying for performance: Risks and Recommendations», The New England Journal of Medicine, 2006, 355, p. 1845-1847

46. Extrait du rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale : Fiche éclairage maladie, le CAPI, Septembre 2011

47. Albouy V., Deprez M. Mode de rémunération des médecins, TRESOR-ECO, n°42 [en ligne], Septembre 2008. Disponible sur <https://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885> (consulté le 23/04/2014)

48. Da Silva N. « Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance », Revue du MAUSS, La Découverte, 2013, n°41, p. 93-108

49. Beckman H., Suchman AL., Curtin K., Greene RA. "Physician reactions to quantitative individual performance reports". American Journal of Medical Quality, 2006; Vol. 21, n°3, p. 192-199

50. Frechou H. Bellamy V. Les revenus libéraux des professionnels de santé, DREES, n° 16 [en ligne], 2010. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method16-2.pdf> (consulté le 24/03/2014)

51. Rochaix L. « Les modes de rémunération des médecins », Revue d'économie financière, 2004, Vol. 76, n°76, p. 223-239
52. Da Silva N. « Les médecins sont-ils intéressés à l'intéressement ? », Revue du MAUSS permanente, [en ligne], 17 décembre 2012. Disponible sur <http://www.journaldumauss.net/.?Les-medecins-sont-ils-interesses-a> (consulté le 03/08/2014)
53. Dupuis C. « P4P, tâches transférables aux infirmières : ce qu'en pensent vraiment les généralistes. », Le Quotidien du Médecin, [en ligne], 27 février 2014. Disponible sur <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/p4p-taches-transferables-aux-infirmieres-ce-qu-en-disent-vraiment-les-generaliste> (consulté le 03/08/2014)
54. Le Borgne C. « Comment la ROSP contrôlera bientôt vos prescriptions », UNOF Les généralistes de la CSMF, [en ligne], 15 juillet 2014. Disponible sur http://www.unof.org/spip.php?page=imprimer_breve&id_breve=2784 (consulté le 03/08/2014)

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN ROSP

1^{ère} partie : présentation du médecin généraliste

1. Age, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice, année d'installation, appartenance à un groupe ou association de médecins impliqués dans la formation professionnelle ou l'amélioration des pratiques, appartenance à un syndicat
2. Aviez-vous déjà signé le CAPI avant l'intégration de la ROSP au sein de la nouvelle convention de 2011 ? Pourquoi ?

2^{ème} partie : la ROSP

1. Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance aujourd'hui (mesures économiques, amélioration des pratiques...)?
2. Quelle est votre vision générale de la ROSP ? Forces (revalorisation des actes, rémunération, rôle de la prévention, notion de progressivité...) /limites (moins de liberté de prescription, relation avec CPAM...) ?
3. Quelles sont vos connaissances sur la ROSP (indicateurs, calcul de la rémunération, refus d'adhésion) ? Comment vous êtes-vous informé sur la ROSP (réunion CPAM, groupe de PAIR, média, DAM, autres...)?
4. Vous avez accepté cette nouvelle convention. Quelles en sont les raisons ?
5. Selon les institutions, la ROSP apparaît comme une « démarche qualité ». Qu'en pensez-vous ?
6. A 2 ans de sa signature, la ROSP a-t-elle eu des impacts sur votre pratique médicale ? Sur votre façon de diriger votre consultation ? La gestion de votre cabinet (secrétariat, affichage des horaires de consultation) ? Sur la prévention faite à vos patients ? Votre façon de prescrire (génériques, antibiotiques, IEC, Aspirine...) ?
7. Les revenus générés par la ROSP ont-ils contribué à améliorer votre pratique ? Si oui, dans quel cadre ? Informatisation/logiciels ? Secrétariat ?
8. Avez-vous remarqué des changements sur la relation avec vos patients ? Pourquoi ?

3^{ème} partie : avenir et conséquences de la ROSP

1. Comment voyez-vous l'évolution de ce système dans l'avenir ?
2. Apporteriez-vous des modifications sur son contenu, ses indicateurs (Vaccination Gardasil, utilisation des TDR, éducation nutritionnelle...) ?
3. Y-a-t-il une chose que nous n'avons pas abordée sur laquelle vous souhaitez intervenir ?

ANNEXES

Exemple de rémunération sur l'année 2013

Dr N°		Votre rémunération sur objectifs de santé publique		Date d'impression : 19/05/2014
Principaux éléments de votre rémunération				
Montant total de votre rémunération :		7410,43 €		
Date de calcul de votre rémunération :		26/03/2014		
Données calculées au :		31/12/2013		
Nombre de patients tout régime vous ayant déclaré MT au :		31/12/2013 : 1008		
<u>Organisation du cabinet et qualité de service :</u>				
Nombre de points obtenus :		439		
Montant en euro :		3073,00 €		
<u>Pratique clinique :</u>				
Nombre de points obtenus* :		619,6		
Montant en euro :		4337,43 €		
La santé progresse avec vous		Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie		

Légende

* : Pour obtenir le montant en euro, le nombre de points par indicateur doit être pondéré en fonction de votre patientèle réelle / 800

Dr
N°

Votre rémunération sur objectifs de santé publique

Date d'impression : 19/05/2014

Le suivi des pathologies chroniques : vos patients diabétiques

Indicateur	Votre situation de départ (1)	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Taux de réalisation	Nombre de points obtenus *	Nombre de points maximum
Part de vos patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	24,5 %	41,7 %	≥54%	≥65%	29,1%	8,7	30
Part de vos patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'oeil dans les deux dernières années	60,4 %	68,3 %	≥68%	≥80%	51,4%	18,0	35
Part de vos patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 50 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statins	70,6 %	65,8 %	≥65%	≥75%	54,0%	18,9	35
Part de vos patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 50 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	45,8 %	52,0 %	≥52%	≥65%	50%	17,5	35

Légende

* : Pour obtenir le montant en euro, le nombre de points par indicateur doit être pondéré en fonction de votre patientèle réelle / 800

(1) : Les taux de départ sont appréciés au 31/12/2011

La santé progresse avec vous

Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

La prévention

Indicateur	Votre situation de départ(1)	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Taux de réalisation	Nombre de points obtenus*	Nombre de points maximum
Dépistage des cancers							
Cancer du sein	Part de vos patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	57,6 %	≥70 %	≥80 %	14,5 %	5,1	35
Cancer col utérus	Part de vos patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	55,8 %	≥65 %	≥80 %	13,3 %	4,7	35
Bon usage des médicaments et prévention de la iatrogénie médicamenteuse							
Iatrogénie médicamenteuse	Part de vos patients de 65 ans et plus traités par vasodilatateurs dans l'année	6,7 %	≤7 %	≤5 %	100 %	35	35
	Part de vos patients de 65 ans et plus traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	13,5 %	≤11 %	≤5 %	72,9 %	25,5	35
	Part de vos patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	10,3 %	≤13 %	≤12 %	0 %	0	35
Antibio-thérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	74,4	≤40	≤37	28,7	10,1	35
Vaccination							
Grippe	Part de vos patients âgés d'au moins 65 ans vaccinés contre la grippe saisonnière	46,0 %	≥62 %	≥75 %	0 %	0	20
	Part de vos patients âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés contre la grippe saisonnière	18,2 %	≥62 %	≥75 %	2,9 %	0,6	20

Légende

* : Pour obtenir le montant en euro, le nombre de points par indicateur doit être pondéré en fonction de votre patientèle réelle / 800

(1) : Les taux de départ sont appréciés au 31/12/2011

Dr
N°

Votre rémunération sur objectifs de santé publique

Date d'impression : 19/05/2014

Efficience de la prescription

Prescription médicamenteuse

	Indicateur	Votre situation de départ (1)	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Taux de réalisation	Nombre de points obtenus*	Nombre de points maximum
Antibiotiques IPP		80,4 %	87,7 %	≥85%	≥90%	76,7%	46,0	60
Statines	Part de vos prescriptions réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	69,1 %	99,6 %	≥68%	≥85%	100%	60	60
Antihypertenseurs		33,0 %	77,3 %	≥46%	≥70%	100%	60	60
Anti-dépresseurs		64,3 %	76,8 %	≥64%	≥65%	100%	55	55
IEC-Sartans	Part des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	57,1 %	64,8 %	≥75%	≥80%	21,5%	11,8	55
Aspirine	Part de vos patients traités par aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires	48,7 %	43,4 %	≥45%	≥65%	0%	0	55
		81,0 %	78,1 %	≥84%	≥85%	0%	0	55

Légende

* : Pour obtenir le montant en euro, le nombre de points par indicateur doit être pondéré en fonction de votre patientèle réelle / 800

(1) : Les taux de départ sont appréciés au 31/12/2011

La santé progresse avec vous

Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Dr
N°

Votre rémunération sur objectifs de santé publique

Date d'impression : 19/05/2014

Organisation du cabinet et qualité de service

Les indicateurs permettant le déclenchement de la rémunération sur l'organisation du cabinet

Indicateur	Situation à fin décembre	Objectif cible
Version du cahier des charges Sesam Vitale utilisée pour la télétransmission des feuilles de soins	1.40 Ad n°2bis - 3	1.40 Ad n°2bis - 3
Taux de télétransmission FSE	88,8 %	≥66,6%

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet

Indicateur	Justificatif reçu	Date acquisition	Date de certification HAS	Nombre de points obtenus	Nombre de points maximum
Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle	Oui	14/06/2012	05/04/2011	75	75

Indicateur	Justificatif reçu	Date acquisition	Date de recevabilité HAS	Nombre de points obtenus	Nombre de points maximum
Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	Oui	14/06/2012	06/01/2010	50	50

Indicateur	Date 1ère connexion téléservice			Nombre de points obtenus	Nombre de points maximum
Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	02/01/2013			75	75

Indicateur	Votre réponse			Nombre de points obtenus	Nombre de points maximum
Affichage dans le cabinet des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet	Oui			50	50

Indicateur	Votre réponse			Nombre de points obtenus*	Nombre de points maximum
Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients	Oui			150	150

Légende

* : Pour obtenir le montant en euro, le nombre de points par indicateur doit être pondéré en fonction de votre patientèle réelle / 800.

La santé progresse avec vous

Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Les indicateurs déclaratifs de suivi des pathologies chroniques

Le suivi des diabétiques : vos patients traités par antidiabétiques

Indicateur	Votre situation de départ(1)	Num à fin décembre déclaré	Dénom à fin décembre déclaré	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Taux de réalisation	Nombre de points obtenus*	Nombre de points maximum
Part de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage HbA1c sont < 8,5 %	0 %	45	49	91,8 %	≥80%	≥90%	100%	15	15
Part de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage HbA1c sont < 7,5 %	0 %	43	49	87,8 %	≥60%	≥80%	100%	25	25
Part de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL sont < 1,5 g/l	0 %	45	49	91,8 %	≥80%	≥90%	100%	10	10
Part de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL sont < 1,3 g/l	0 %	41	49	83,7 %	≥65%	≥80%	100%	25	25

Le suivi des hypertendus : vos patients traités par antihypertenseurs

Indicateur	Votre situation de départ(1)	Num à fin décembre déclaré	Dénom à fin décembre déclaré	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Taux de réalisation	Nombre de points obtenus*	Nombre de points maximum
Part de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est <= à 140 / 90 mmHg	0 %	157	166	94,6 %	≥50%	≥60%	100%	40	40

Légende

* : Pour obtenir le montant en euro, le nombre de points par indicateur doit être pondéré en fonction de votre patientèle réelle / 800

(1) : Les taux de départ sont appréciés au 31/12/2011

RÉSUMÉ

Contexte : Dans un contexte de maîtrise croissante des dépenses de santé, l'Assurance Maladie intègre au sein de la convention de 2011 le paiement à la performance en accord avec les partenaires syndicaux pour 5 ans. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, la ROSP s'impose comme une alternative au paiement à l'acte, symbole de la médecine libérale. Le médecin perçoit ainsi une rémunération complémentaire selon l'atteinte des objectifs qu'il a choisis.

Objectif : Analyser les perceptions des médecins généralistes sur l'intégration du paiement à la performance au sein de leur pratique.

Méthode : Une analyse qualitative par entretiens semi-dirigés individuels (n=14) avec une analyse thématique croisée menée auprès de médecins généralistes libéraux normands signataires de la ROSP.

Résultats : Les médecins signataires adhèrent de façon variée au dispositif. Certains sont convaincus de l'amélioration des pratiques, d'autres n'y voient qu'un but économique. Les médecins se rejoignent pour dénoncer le risque de dérives éthiques : conflit financier sur la santé du patient, risque de sélection de la patientèle et d'adaptation de la pratique aux indicateurs rémunérateurs. La relation avec l'Assurance Maladie est basée sur la méfiance, craignant une atteinte à la médecine libérale.

Conclusion : Les médecins semblent prêts à concéder une partie de leur acte pour une rémunération à la performance mais ils ne constatent que peu de changements dans leur pratique dans un but annoncé d'amélioration des pratiques. Si la ROSP doit perdurer, le choix des indicateurs devra être indépendant de l'Assurance Maladie.

Mots-clés : soins primaires, médecine générale, paiement à la performance, amélioration des pratiques, rémunération.

ABSTRAT

Background : In a context of increasing control health spending, National Health Insurance integrates within the convention of 2011 the pay for performance in accordance with union partners for 5 years. Entered into force on 1 January 2012, the ROSP is required as an alternative to fee-symbol of liberal medicine. The doctor receives an additional compensation based on the achievement of the goals he has chosen.

Objective : Analyze the perceptions of general practitioners on the integration of pay for performance in their practice.

Method : Qualitative analysis by semi-structured individual interviews (n = 14) with a cross-thematic analysis conducted among general practitioners who works in Normandy and who signed the ROSP.

Results : The signatory doctors adhere in various ways to the device. Some are convinced of improved practices, others see only one economic goal. Doctors join to denounce the risk of Unethical: Financial conflict on the health of the patient, the risk of selecting patients and adapt the practice to paying indicators. The relationship with National Health Insurance is based on distrust, fearing an attack on private practice.

Conclusion : Doctors seem willing to concede part of their act on a pay for performance but they find little change in their practice in an announced goal of improving practice. If ROSP must continue, the choice of indicators should be independent of the National Health Insurance.

Keywords : primary care, generale medicine, pay for performance, improved practices, remuneration.