



HAL
open science

Les médecins généralistes et la rémunération sur objectifs de santé publique

Charline Godefroy

► **To cite this version:**

Charline Godefroy. Les médecins généralistes et la rémunération sur objectifs de santé publique. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01935579

HAL Id: dumas-01935579

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01935579>

Submitted on 26 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

GODEFROY Charline
Née le 21/08/1988

**LES MEDECINS GENERALISTES ET LA REMUNERATION SUR
OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 2018 à 18h
A la faculté de médecine de Nice

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Docteur Alain FUCH

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Michel PAPA

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen**M. BAQUÉ Patrick**

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

 M. ESNAULT Vincent
 M DELLAMONICA Jean
 Mme BREUIL Véronique
 M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

 M. AYRAUD Noël
 M. RAMPAL Patrick
 M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. GRELLIER Patrick

M. BALAS Daniel

M. GRIMAUD Dominique

M. BATT Michel

M. HARTER Michel

M. BLAIVE Bruno

M. INGLESAKIS Jean-André

M. BOQUET Patrice

M. JOURDAN Jacques

M. BOURGEON André

M. LALANNE Claude-Michel

M. BOUTTÉ Patrick

M. LAMBERT Jean-Claude

M. BRUNETON Jean-Noël

M. LAZDUNSKI Michel

Mme BUSSIERE Françoise

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. LE FICHOUX Yves

M. CANIVET Bertrand

Mme LEBRETON Elisabeth

M. CASSUTO Jill-patrice

M. LOUBIERE Robert

M. CHATEL Marcel

M. MARIANI Roger

M. COUSSEMENT Alain

M. MASSEYEFF René

Mme CRENESSE Dominique

M. MATTEI Mathieu

M. DARCOURT Guy

M. MOUIEL Jean

M. DELLAMONICA Pierre

Mme MYQUEL Martine

M. DELMONT Jean

M. ORTONNE Jean-Paul

M. DEMARD François

M. PRINGUEY Dominique

M. DESNUELLE Claude

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. DOLISI Claude

M. SCHNEIDER Maurice

M. FRANCO Alain

M. TOUBOL Jacques

M. FREYCHET Pierre

M. TRAN Dinh Khiem

M. GÉRARD Jean-Pierre

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. GILLET Jean-Yves

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
 M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
 Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
 M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
 M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
 M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
 Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
 M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
 Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
 Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
 Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
 M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue durée

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FMF : Fédération des Médecins de France

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INR : International Normalised Ratio

MAUSS : Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SCORE : Systematic Coronary Risk Estimation

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

Table des matières :

INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODE.....	6
I. Entretiens.....	6
II. Analyse des entretiens.....	6
III. Participants.....	7
RESULTATS.....	8
I. La ROSP comme système de contrôle.....	8
1) Un mode de calcul injuste.....	8
2) Une manipulation financière.....	9
3) La pertinence de la ROSP et de ses items.....	9
4) Un souhait de changement d'objectifs.....	11
II. La ROSP et l'amélioration des pratiques.....	11
1) L'impact sur la modification des pratiques.....	12
2) Un caractère administratif.....	12
III. L'aspect financier de la ROSP.....	12
1) La ROSP comme système de reconnaissance.....	13
2) Un système concurrentiel.....	13
3) L'impact sur les dépenses de santé.....	13
IV. La ROSP et la convention 2016.....	14
1) Une information insuffisante.....	14
2) Le statut du médecin traitant de l'enfant.....	15
DISCUSSION.....	16
I. L'impact de la ROSP sur la pratique.....	16
II. L'impact économique de la ROSP.....	17
III. La nécessité d'aller vers un nouveau mode de calcul ?.....	18
IV. La persistance des items déclaratifs.....	19
V. La ROSP et la convention 2016 : manque d'information, d'attrait ou résignation ?.....	19
VI. Un changement souhaité ?.....	20
VII. Le refus d'un médecin traitant pour l'enfant ?.....	21
VIII. Le caractère éthique de la ROSP.....	22
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXES.....	30

ANNEXE 1 - Nuage de mots clés	30
ANNEXE 2 - Indicateurs de pratique clinique de la ROSP de la convention 2016.....	31
ANNEXE 3 : Indicateurs de pratique clinique pour les patients de moins de 16 ans	38
ANNEXE 4 : Le forfait structure de la ROSP modifié par la convention Médicale 2016	40
ANNEXE 5 : Le guide d'entretien	42
SERMENT D'HIPPOCRATE	43

INTRODUCTION

La rémunération à la performance a été mise en place en France en 2009 par le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles puis a évolué en 2011 sous la forme de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. La convention médicale de 2011 a créé la ROSP dans le but d'améliorer la maîtrise des dépenses de santé et la qualité des soins (1).

La nouvelle convention de 2016 renforce la ROSP et la modifie (ANNEXE 2).

Elle comprend désormais une augmentation du nombre d'indicateurs de pratiques cliniques, une augmentation du nombre de points alloués et un remplacement des indicateurs concernant l'organisation du cabinet par un forfait structure (2). Elle prévoit également la création du statut du médecin traitant pour l'enfant avec l'ajout d'une ROSP spécifique à cette patientèle. Si la notion de médecin traitant est ancrée dans l'esprit des patients et des médecins concernant les adultes, cette situation est novatrice au sujet des enfants. Ainsi, dix nouveaux objectifs sont créés (ANNEXE 3). L'accent est mis sur la prévention, deux items concernant la prise en charge des enfants asthmatiques apparaissent (3).

Dans le monde, de nombreux systèmes de paiement à la performance ont été instaurés. Le plus complexe en Europe est le Quality and Outcomes Framework (QOF) en Angleterre. De très nombreuses études se sont penchées sur l'impact de cette rémunération à la performance et les résultats sont souvent mitigés.

En effet, en Angleterre, une revue de littérature a montré une amélioration modeste de la qualité des soins dans le suivi des pathologies chroniques et un impact incertain sur les coûts, le comportement professionnel et l'expérience des patients (4).

L'étude qualitative de CAMPBELL SM et al., sur la croyance et les préoccupations des médecins généralistes concernant les modifications de pratiques apportées par le paiement à la performance (5), a montré que :

- Les participants pensaient que les incitations financières avaient permis un changement des comportements, une amélioration des soins aux patients, une meilleure communication avec les patients et une prévention plus importante ;

- La récompense financière en échange de travail supplémentaire avait permis d'améliorer le moral des professionnels.

L'étude de RYAN A.M. et al. parue dans le Lancet en 2016, cherchant à évaluer l'amélioration des prises en charges avec ce système de paiement, n'a pas mis en évidence de changement significatif sur la mortalité en lien avec ce système (6).

Aux Etats-Unis, l'impact des systèmes de paiement à la performance semble également modeste (7).

En France, l'Assurance Maladie note une modification des pratiques par les médecins généralistes. Le rapport d'avril 2017 à 5 ans de l'instauration de la ROSP (8) a montré une atteinte des objectifs intermédiaires avec une progression globale des objectifs de 17,2 points. Les résultats concernant le suivi des pathologies chroniques s'améliorent notamment pour le dosage de l'hémoglobine glyquée ainsi que pour la prescription de statine et d'aspirine chez les patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire.

Cependant, l'Assurance Maladie a noté une progression moins importante de l'atteinte des objectifs cette dernière année.

De nombreux travaux de thèse ont souhaité explorer le CAPI puis la ROSP et les modifications éventuelles apportées par ce système de rémunération.

Le travail de COISSAC.L, MERVIEL.N et PICARD.A a donné une ébauche de la perception de la ROSP par les médecins généralistes du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe en étudiant les motifs d'adhésion à la ROSP et de refus (9).

Les principaux motifs d'adhésion étaient l'aspect financier, la volonté d'amélioration des prises en charge et l'harmonisation des pratiques. Les principaux motifs de refus étaient le choix des critères et leur manque d'évolutivité, la méthode de recueil et le caractère éthique d'une rémunération à la performance en médecine.

Une autre thèse française s'est intéressée à l'influence de la ROSP sur la pratique des médecins généralistes (10). Cette étude déclarative a indiqué une influence très modérée de la ROSP.

19 % des médecins interrogés avaient déclaré avoir modifié leur pratique. Ils avaient le sentiment que la ROSP n'influçait pas la relation médecin-patient, pas plus qu'elle n'était une entrave à leur décision.

Ces différents travaux ont montré des impacts faibles ou nuls sur la pratique des médecins généralistes. Dans ce contexte, d'autres études sont nécessaires afin d'obtenir davantage d'informations sur le ressenti des médecins généralistes concernant la ROSP.

Notre travail a pour but de répondre à cet objectif et concerne les médecins généralistes exerçant dans le Var et les Alpes-Maritimes.

MATERIEL ET METHODE

Notre travail est une étude qualitative par entretiens semi-structurés. Ces derniers ont été réalisés entre le 01/04/2017 et le 18/07/2017, auprès de 12 médecins généralistes.

Ils ont été sélectionnés aléatoirement dans l'annuaire puis sur recommandation par effet "boule de neige".

Les critères d'inclusion étaient les médecins généralistes exerçant en secteur 1 dans le Var et les Alpes-Maritimes n'ayant pas refusé la ROSP. Ils devaient avoir une activité libérale.

Les critères d'exclusion étaient les médecins généralistes exerçant en secteur 2 ainsi que les médecins remplaçants pour qui la ROSP ne s'applique pas.

I. Entretiens

Le guide d'entretien a été réalisé après analyse de la littérature. Il comportait un court texte d'introduction présentant notre travail ainsi que l'objectif principal de l'étude puis 18 questions ouvertes. En fin d'entretien, il était composé de questions fermées afin de mieux caractériser les répondants.

Les entretiens ont été réalisés en cabinet, dans une structure de permanence de soin ou au domicile des médecins.

Le guide a été modifié après quelques entrevues pour permettre de relancer les répondants.

Les réactions et les éléments de communication non verbale ont été annotés sur papier lors de l'entretien.

Avec l'accord des médecins, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement à l'aide du logiciel Microsoft Word et anonymisés en utilisant un chiffre correspondant à chaque entretien.

II. Analyse des entretiens

L'analyse a été réalisée à partir des retranscriptions. Dans un premier temps, un codage ouvert a été réalisé à l'aide des logiciels Word et Excel puis un codage axial a permis d'élaborer les relations entre les différentes catégories obtenues.

Enfin, une triangulation des données a été réalisée avec notre directeur de thèse.

III. Participants

L'échantillon comprenait 8 hommes et 4 femmes. Le sex-ratio était de 2.

3 médecins exerçaient dans les Alpes-Maritimes et 9 dans le Var.

Ils étaient âgés de 28 à 67 ans.

Les entretiens ont duré entre 9min23 et 19min38.

1 médecin pratiquait l'homéopathie et l'acupuncture et 1 autre uniquement l'homéopathie.

Les 10 autres n'avaient pas d'orientation particulière de leur médecine.

5 médecins étaient syndiqués : 3 au Syndicat des Médecins Libéraux, 1 au syndicat Fédération des Médecins de France et 1 au syndicat des Médecins Généralistes de France.

Ils s'étaient installés entre 1979 et 2016.

7 médecins exerçaient en milieu semi-rural et 5 en milieu urbain.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Médecin	Sexe	Age	Année d'installation	Secteur d'activité	Orientation de l'activité	Appartenance syndicat
1	Homme	54	1993	Semi-rural	Aucune	SML
2	Homme	67	1979	Semi-rural	Homéopathie Acupuncture	SML
3	Homme	57	1991	Semi-rural	Aucune	SML
4	Homme	58	1987	Semi-rural	Aucune	MG
5	Homme	58	1995	Urbain	Aucune	FMF
6	Femme	35	2016	Semi-rural	Aucune	Non
7	Femme	48	1991	Urbain	Homéopathie	Non
8	Femme	28	2016	Semi-rural	Aucune	Non
9	Homme	28	2016	Semi-rural	Aucune	Non
10	Femme	55	1995	Urbain	Aucune	Non
11	Homme	55	1992	Urbain	Aucune	Non
12	Homme	36	2012	Urbain	Aucune	Non

RESULTATS

Après analyse des entretiens, quatre thèmes majeurs ont été identifiés :

- la ROSP comme système de contrôle ;
- la ROSP et l'amélioration des pratiques ;
- l'aspect financier de la ROSP ;
- la ROSP et la convention 2016.

I. La ROSP comme système de contrôle

Concernant ce sujet, les points de vue étaient différents. En effet, des médecins considéraient la ROSP comme « *du flicage* » M2 et la ressentaient « *comme une surveillance qui intervient peut-être à bon escient ou à mauvais escient* » M2.

D'autres considéraient qu'elle permettait « *un certain contrôle ce qui est pas mal aussi par rapport à l'Etat* » M6.

Beaucoup étaient d'accord pour dire que ce contrôle était positif lorsqu'il permettait de se comparer statistiquement avec ses collègues afin d'avoir du recul sur sa pratique : « *c'était vraiment intéressant pour voir comment je me situe par rapport à la demande, aux exigences du système de santé pour mes prescriptions, pour ma pratique* » M6 ou encore : « *on vous dit par rapport aux autres vous en êtes là et je trouve ça pas mal de savoir ta pratique par rapport aux gens de ta région, parce que c'est de la région* » M7.

Cependant, certains étaient plus mitigés sur ce système de contrôle devant l'aspect déclaratif de la réponse à certains items : « *quand c'est du déclaratif (...) on a du mal à évaluer ce qu'on fait* » M11.

1) Un mode de calcul injuste

Certains avaient un sentiment d'injustice face à quelques items comme l'hémoglobine glyquée (HBA1C) : « *les HBA1C, c'est un peu injuste pour le coup parce que... ça dépend un peu des patients que t'as. (...) Il peut y avoir des zones où les patients ils font n'importe quoi et ils ont des HBA1C qui sont pas dans les objectifs et du coup c'est le médecin qui est pénalisé alors que... alors que lui il a prescrit ce qu'il fallait* » M8.

Quelques médecins pointaient du doigt la difficulté à faire respecter leurs prescriptions par certains patients ce qui influençait leur rémunération sur objectifs. L'un d'eux soumettait la mise en place d'une incitation patient : *« il faudrait aussi que les patients soient convaincus et qu'il y ait des outils qui soient également disponibles pour les patients ou peut-être plus que des outils, des incitations »* M1.

D'autres, parlaient d'injustice par rapport à leurs collègues : *« je prends l'exemple d'une de nos associées qui vient de s'installer, qui a une très petite patientèle et dont le mérite ne sera pas reconnu à sa juste valeur puisque chaque patient qu'elle prend, elle peut être optimale au niveau des ROSP, elle n'aura pas une rémunération correcte »* M1.

2) Une manipulation financière

Au sujet de la rémunération touchée par les médecins, même si beaucoup considéraient cela positif, certains parlaient tout de même de manipulation financière : *« manipuler financièrement les gens pour qu'ils fassent quelque chose, ça c'est pas très bien. Mais si tu manipules pas les gens financièrement, il y a aucun moyen pour qu'ils fassent ce que t'as envie qu'ils fassent »* M8 ou encore : *« après le point négatif c'est quand même la manipulation de la sécu sur...enfin la mainmise de la sécu sur le médecin »* M9.

3) La pertinence de la ROSP et de ses items

Même si aucun médecin ne verbalisait clairement être contre la ROSP, uniquement quelques-uns exprimaient spontanément son côté positif : *« moi je trouve ça pas mal. Je suis peut-être un des rares médecins à trouver ça pas mal »* M7.

Certains pointaient tout de même le côté réducteur et généraliste de la ROSP sur la médecine : *« tout ce qui est prescription d'examens, antibiotiques etc. Ils essaient de caser tout le monde dans la même médecine »* M6.

Les médecins estimaient que la pertinence des items était globalement correcte. L'un affirmait : *« je pense que la pertinence elle va vers les grands objectifs de santé publique »* M5.

La pertinence des items venait selon eux de la simplicité des objectifs : « *si ça doit rester comme ça au moins c'est bien ça touche des choses basiques* » M9.

Les objectifs les plus souvent cités comme étant pertinents étaient ceux touchant à la prévention, aux antibiotiques, à l'hémoglobine glyquée et aux génériques.

Au sujet des antibiotiques : « *ça peut être bien, la diminution de l'antibiothérapie, essayer d'en mettre le moins possible* » M3.

A l'inverse, un médecin pensait que les objectifs concernant les antibiotiques étaient négatifs car « *il faut se méfier des choses qui sont un peu trop rigides. Je parle par exemple pour les antibiothérapies, je trouve que la ROSP est un petit peu gênante puisqu'on nous met la pression* » M5.

L'item de l'hémoglobine glyquée était très largement abordé dans la plupart des entretiens. Les médecins étaient tous d'accord pour lui accorder une place pertinente au sein de la ROSP : « *le plus pertinent c'est peut-être la cible de l'hémoglobine glyquée chez le diabétique parce que c'est quand même une source sur laquelle on s'appuie tous* » M10.

Concernant les génériques, les avis des médecins l'abordant étaient divergents : pour certains cela était pertinent, « *la prescription de générique, ça me semble pas complètement délirant* » M8. Pour d'autres, cela l'était moins : « *à mon avis il y a certains items comme la mise en place de génériques qui sont pas obligatoirement d'une pertinence absolue dans la mesure où le pharmacien est censé aujourd'hui tout changer* » M3.

A propos des items de dépistage comme la mammographie, le frottis et la recherche de sang dans les selles, les médecins étaient partagés. Certains considéraient que « *l'item le plus pertinent c'est sur le dépistage* » M9. Cependant d'autres ne les trouvaient pas adaptés. En demandant quel item était le moins pertinent, ils répondaient : « *je dirais les histoires pour moi de frottis ou de mammographie parce qu'en fait on nous attribue des choses qu'on maîtrise pas complètement* » M3 ou « *par contre il y a des items sur lesquels on peut pas influencer à mon avis. Tu prends l'exemple du frottis... tu peux pas influencer. Moi j'ai essayé d'influer mais j'ai pas amélioré* » M5.

4) Un souhait de changement d'objectifs

A l'inverse de la pertinence des items, quelques-uns aimeraient voir modifier ceux de la ROSP « *à la limite il faudrait que ça soit un peu plus comme des campagnes que ça change un petit peu ou alors que se soit pas toujours sur les mêmes choses pour que ta pratique, elle soit remise en question dans différents domaines. Je dirais, ça c'est les points négatifs* » M9.

II. La ROSP et l'amélioration des pratiques

La plupart des médecins voyaient en ce système de rémunération sur objectifs un moyen d'améliorer les pratiques : « *ça nous fait tous avancer vers le même objectif, l'amélioration des pratiques* » M5.

La ROSP était alors vécue comme positive, elle aidait à : « *se rappeler les choses qu'on devrait tous savoir* » M4.

Ces objectifs permettaient de mettre en place des automatismes chez le médecin : « *ça lui donne une sorte de guideline. Je pense qu'en terme de guideline ça intéresse* » M5.

Cela permettait « *de faire prendre conscience des arbres décisionnels dans les grandes pathologies qui nous sont demandées, d'être amené à les revoir* » M10.

Certains médecins trouvaient : « *qu'il y a certaines indications c'est intéressant pour le suivi ... tout ce qui est diabétique* » M11.

D'autres estimaient que la ROSP aidait à une amélioration des pratiques dans le sens où elle rémunérait la gestion de certaines pathologies chroniques et permettait de diminuer les complications : « *demander plus d'albuminurie urinaire pour des patients hypertendus ou diabétiques qui ne faisaient pas parti des items... je pense que si cet item est réclamé c'est qu'il y a une incidence sur les complications de l'hypertension et du diabète* » M3.

Deux médecins rappelaient qu'il ne fallait pas que la ROSP et l'appel de la rémunération ne soient au détriment du patient. L'un d'eux résumait cela de cette façon : « *il faut pas que ce soit en dépit de l'intérêt du patient. C'est en plus mais ça doit pas être primaire dans les décisions* » M6.

1) L'impact sur la modification des pratiques

Si tous les médecins déclaraient que la ROSP ne modifiait en aucun cas leur pratique, en abordant la question sous un autre angle, certains admettaient une petite modification notamment concernant les antibiotiques : *« je dirai qu'elle est minime. Sauf, si, dans la prescription des antibiotiques ! »* M6.

L'un d'eux avait modifié sa pratique concernant les protéinuries : *« j'avais pas le réflexe de faire des protéinuries... chez les hypertendus »* M8

Pour un autre, le changement était au sujet des génériques : *« j'ai peut-être mis plus de médicaments génériquables »* M7.

Cependant, globalement, la ROSP n'engendrait aucun changement majeur de pratique sauf pour un médecin qui déclarait : *« ça a un effet sur la modification de ma pratique »* M2.

2) Un caractère administratif

A l'opposé de cette amélioration mineure des pratiques revendiquée par beaucoup de médecins, certains mettaient en avant le côté administratif et non médical des items de la ROSP : *« quand on regarde c'est plus administratif : prescrire des génériques ou pas des génériques... je veux dire c'est pas du médical »* M4.

Cependant, beaucoup étaient en accord avec la ROSP concernant les items d'organisation du cabinet : *« il y a une valorisation par rapport à ce qu'on fait. Par rapport à l'informatique, tout ce qui est cabinet aussi puisqu'on le faisait spontanément mais c'est bien de le prendre en charge (...) par thème »* M11.

Un des médecins trouvait ce côté administratif inutile : *« les logiciels, les cartes vitales tout ça c'est encore dans la ROSP ? Parce que je trouve qu'on s'en fiche »* M8.

III. L'aspect financier de la ROSP

Tous les médecins s'accordaient à dire que la rémunération était positive : *« l'impact de la rémunération c'est certainement à mon avis primordial »* M1.

Cependant un des médecins était contre un système de rémunération sur objectifs : *« la rémunération oui, bien sûr elle me plaît bien mais pour moi la rémunération comme ça en termes d'objectifs, c'est très gênant »* M5.

1) La ROSP comme système de reconnaissance

Si certains des médecins n'éprouvaient pas de reconnaissance personnelle dans la rémunération : *« je dirais que ça n'influence pas trop le sentiment de reconnaissance que j'ai »* M9, d'autres trouvaient cette rémunération motivante : *« moi je trouve que c'est bien parce que ça motive les médecins au niveau financier parce que ça leur montre quand même qu'ils sont importants pour l'Etat »* M6. Cela était renforcé par les visites des délégués de la sécurité sociale : *« il y a une certaine satisfaction quand la dame de la sécu vient te voir en te disant : vous docteur j'ai rien à vous dire »* M5.

A l'inverse, certains médecins estimaient que : *« la reconnaissance à mon avis, elle est perçue de façon très modeste par l'ensemble du corps médical »* M3.

Quelques-uns ne trouvaient pas cela normal d'obtenir une rémunération pour faire leur travail : *« je pense que c'est dommage qu'on ait des incitations financières pour des choses qu'on est censé faire, pour le travail qu'on doit faire... »* M10.

2) Un système concurrentiel

La concurrence entre confrères ainsi que la comparaison des pratiques rendues possible par la ROSP étaient abordées : *« le terme de jalousie n'est peut-être pas le meilleur mais ça... ça réveille quand même une sorte d'esprit de concurrence par rapport à nos confrères »* M1.

3) L'impact sur les dépenses de santé

Concernant l'impact sur les dépenses de santé, les avis étaient mitigés.

En effet, certains étaient convaincus que l'objectif premier de la ROSP était les économies de santé et que ce mode de rémunération remplissait parfaitement son rôle : *« je pense que la ROSP est essentiellement destinée à ça, à modifier nos habitudes qui effectivement ne sont pas du tout commandées par un souci d'économie de santé et que par ce biais là et avec une*

certaine rationalité ça devrait effectivement amener à ce que nos prescriptions coûtent moins cher » M2.

Au contraire, d'autres médecins affirmaient que cela favorisait les dépenses de santé au moins à court terme : *« je pense que quand tu utilises la ROSP tu fais monter les dépenses. Maintenant c'est des préventions donc... d'un autre côté je peux pas te dire si... dans le futur ça va pas améliorer les choses » M7.*

En effet, les médecins évoquaient surtout une majoration des dépenses de santé avec les prescriptions liées aux soins de pédicure pour les diabétiques, à la prescription des hémoglobines glyquées, à l'instauration des statines et des antiagrégants plaquettaires pour certains profils de patient.

IV. La ROSP et la convention 2016

1) Une information insuffisante

Tous les médecins s'accordaient à dire qu'ils avaient été informés des modifications de la ROSP lors des visites des délégués de l'Assurance Maladie à leurs cabinets. Certains évoquaient même un livret d'information sur lequel les avis étaient partagés. En effet, certains reconnaissaient : *« toutes ces nouvelles mesures sont résumées dans un livret qui était quand même correct et qu'on peut relire quand on veut » M1.* En revanche, pour d'autres ce livret n'était pas suffisant et pas assez explicite : *« j'ai reçu un livret par la sécurité sociale mais il y a rien de très clair ni dans les dates ni dans ce qu'ils vont faire parce que c'est avec des échéances, avec des trucs qui changent c'est pas clair du tout, il y a rien de clair » M11.*

Concernant cette nouvelle convention, la plupart des médecins avaient globalement été informés même s'ils ne connaissaient pas en détail les modifications réalisées.

Beaucoup évoquaient le représentant de la sécurité sociale comme source d'information. Lorsqu'on les interrogeait sur la manière dont ils avaient été informés des changements d'objectifs de la ROSP, l'un répondait : *« par l'intermédiaire de la déléguée de la sécu qui est venue me les présenter mais je suis incapable de vous dire les modifications entre les anciens et les nouveaux » M2.*

Un médecin pensait que la ROSP allait être supprimée avec cette convention et semblait soulagé par cela : « *si je vais les regretter ? Pas plus que ça. J'ai l'impression de me libérer de la sécu* » M12.

Quelques-uns estimaient que ces changements allaient entraîner une diminution de la rémunération : « *on sent très bien que ça va dans la diminution de la rémunération* » M11.

Cette question a permis de soulever un point inattendu sur le statut du délégué de la sécurité sociale. En effet, certains pensaient que cette personne était un médecin.

2) Le statut du médecin traitant de l'enfant

Le point de vue des médecins concernant le statut nouvellement créé du médecin traitant de l'enfant de moins de 16 ans était étudié. La plupart étaient contre.

Les arguments en ce sens étaient divers. Un médecin évoquait une diminution de la protection des enfants : « *ça enlève une protection de l'enfant parce qu'avant sans déclarer de médecin traitant, les parents ils étaient remboursés dans tous les cas* » M6.

D'autres estimaient cela inutile car la relation médecin-patient serait basée sur un contrat moral ne justifiant pas la réalisation de cette formalité administrative : « *pour moi le contrat il est plus moral que par la signature d'un simple papier électronique* » M3.

Selon eux, ce nouveau statut pourrait répondre à « *la nécessité de mettre des gens dans un circuit, pour limiter un peu plus les dépenses* » M12.

La plupart des médecins évoquaient spontanément les pédiatres et la concurrence engendrée par cette situation : « *ça nous met en concurrence directe avec les pédiatres ce qui est pas bien parce que moi je fais pas du commerce* » M5.

Seulement, un médecin n'était pas informé du statut du médecin traitant pour les enfants.

Enfin, concernant l'ajout de ROSP pédiatriques, beaucoup n'en étaient pas informés et pensaient cela inutile, la pédiatrie étant déjà très codifiée. Quant à certains, ils expliquaient qu'ils essaieraient de se conformer aux nouveaux objectifs. Cependant, ils n'étaient pas informés sur les différents objectifs mis en place.

DISCUSSION

Nous passerons rapidement sur les biais inhérents à ce type d'étude notamment le biais d'interprétation limité ici par une triangulation des données.

Les différents entretiens n'ont pas permis de recruter un médecin foncièrement contre la ROSP.

I. L'impact de la ROSP sur la pratique

Comme nous l'avons constaté, il a été difficile de faire différencier par les médecins interrogés l'impact de la ROSP sur la modification de leur pratique personnelle et l'impact globale de la ROSP pour la médecine générale.

Malgré un sentiment de faible impact sur la modification de leur pratique, notre étude montre que les médecins interrogés ont tout de même le sentiment que la ROSP permet une amélioration des pratiques collectives.

Dans la littérature, en étudiant l'impact sur la pratique personnelle, l'étude réalisée par la DREES en 2014 a montré que 63% des médecins interrogés pensaient que la ROSP n'entraînait pas de changement dans leur pratique (11).

Au sujet de l'impact global pour la pratique en médecine générale, la thèse du Dr GIRARD-WASILEWSKI soutenue à Lille en 2015 a montré que les médecins interrogés avaient le sentiment que la ROSP permettait une vraie amélioration des pratiques (12).

La littérature internationale est moins optimiste que les bilans de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie précédemment cités (8) (13).

L'analyse chronologique de CAMPBELL et al., parue en 2009 dans le New England Journal of Medicine, a montré une amélioration de la prise en charge à court terme puis l'atteinte d'un plateau (14). Il était observé une baisse de la qualité des soins en rapport avec l'altération du suivi d'autres indicateurs non rémunérés. La revue de littérature effectuée par GUILLAM et al publiée en 2012 retrouvait cette même dynamique (15).

Une méta-analyse Cochrane réalisée en 2011 a montré que les preuves étaient insuffisantes pour encourager ou non l'utilisation d'incitations financières pour améliorer les pratiques. L'évolution semblait modeste et variable (16).

Il en était de même pour l'évaluation concernant l'impact de ces systèmes aux Etats-Unis, l'amélioration semblait positive mais modeste (7).

L'impact de ces mesures d'incitations financières paraissant modeste, une question se pose alors : existe-t-il un intérêt financier dans ce mode de rémunération ?

II. L'impact économique de la ROSP

Selon les chiffres de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la rémunération moyenne apportée par la ROSP aux médecins généralistes était estimée en 2016 à 6893 euros pour un coût total de la ROSP toutes spécialités confondues équivalant à 416,6 millions d'euros (8).

Concernant l'impact de la ROSP sur les dépenses de santé, les avis sont mitigés dans notre travail. Certains médecins considèrent que cela permet une diminution des dépenses de santé et que la ROSP a été mise en place dans cet objectif, d'autres estiment que cela a pour effet une augmentation des dépenses de santé.

Contrairement à notre travail, dans la thèse de LEFEVRE.P, les médecins ont estimé que la ROSP entraînait une économie dans les dépenses de santé (17).

Dans le rapport effectué par la DREES, 83% des médecins ont considéré que les objectifs étaient définis pour permettre à l'Assurance Maladie d'effectuer des économies dans les dépenses de santé (11).

La revue de littérature de Van Herck et al a rapporté des effets positifs sur les économies réalisées en termes de dépense de santé (18).

Le rapport IGAS 2008 a montré lui aussi un impact positif sur le plan économique notamment concernant un retour sur investissement positif (7).

III. La nécessité d'aller vers un nouveau mode de calcul ?

Les médecins déplorent que certains objectifs soient calculés après exécution par le patient des soins prescrits. Ils ont notamment abordé les items de l'hémoglobine glyquée, des actes de prévention et en particulier de dépistage. Si les médecins proposent ces actes mais que le patient refuse de les exécuter, ils ne peuvent pas atteindre ces objectifs malgré leur implication.

Prenons l'exemple du dépistage du cancer colorectal, uniquement 29,3 % des patients éligibles ont réalisé ce test de janvier 2015 à décembre 2016 (19).

Concernant le dépistage du cancer du sein, le nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant effectué une mammographie dans les deux dernières années a baissé de 0,7 points en 2016 pour atteindre un pourcentage de 62,3 (8).

Evidemment, l'objectif n'est pas d'atteindre les 100%. En effet, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie incite à atteindre une valeur de 70% pour le dépistage du cancer colorectal et de 80% pour le dépistage du cancer du sein (2).

Ces précédents chiffres montrent que les objectifs ne sont pas atteints et mettent en avant cette problématique. Cependant, il est difficile de savoir quel est le pourcentage de patients ayant bénéficié de conseils ou d'une prescription médicale relative à ces actes de prévention.

Concernant la compliance, l'étude économétrique réalisée par Nicolas Da Silva en 2013 auprès des médecins généralistes d'Ile de France a montré que plus la patientèle contenait de patients atteints d'Affection de Longue Durée, plus elle était importante. Par ailleurs, les patients présentant un faible niveau socio-économique étaient moins compliants et rendaient plus difficile l'atteinte des objectifs (20).

Dans notre travail, quelques médecins évoquent la possibilité de mettre en place des sanctions ou des bonus pour inciter les patients à réaliser certains soins ou accepter certaines prescriptions. Les différentes études réalisées à ce sujet ont montré que cela serait inégalitaire et porteur de préjudice pour la santé publique (21).

IV. La persistance des items déclaratifs

Beaucoup de médecins trouvent le mode de calcul des items déclaratifs peu pertinent. Cependant avec la convention 2016, il en persiste quatre (2).

Ainsi, des points seront désormais attribués en fonction du nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'une consultation de podologie ou d'un examen clinique des pieds dans l'année. Il en sera de même lorsque le patient aura bénéficié d'un calcul de son risque cardiovasculaire par les tables SCORE ou un autre système de scorage avant la prescription de statines. Il devra également être déclaré la part des patients tabagiques et consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (2).

V. La ROSP et la convention 2016 : manque d'information, d'attrait ou résignation ?

Si tous les médecins sont globalement informés des modifications de la ROSP engendrées par la convention 2016, très peu semblent être au fait des modifications précises. Certains paraissent résignés et attendent de voir comment la situation évoluera.

S'agit-il d'un manque de communication avec la sécurité sociale, d'une résignation ou d'un manque d'intérêt ?

Les jeunes médecins interrogés semblent plus informés sur la ROSP et connaissent davantage les items demandés. Ils paraissent favorables et en accord avec ce mode de rémunération tandis que les médecins plus âgés semblent plus résignés et moins enclins à faire des efforts pour se conformer aux demandes de la sécurité sociale.

Les jeunes médecins sont-ils plus sensibilisés à ce mode de rémunération ?

Ce travail ne permet malheureusement pas d'approfondir les avis divergents entre les jeunes installés et les plus anciens. Ce sujet pourrait faire l'objet d'une étude quantitative.

De cette expérience, il m'apparaît que les médecins généralistes interrogés semblent s'habituer à ce qui a été créé depuis un certain temps et paraissent méfiants aux changements initiés par l'Assurance Maladie.

Concernant les différents moyens d'information à disposition, tous les médecins ont presque exclusivement évoqué les visites du délégué de l'Assurance Maladie ainsi que le livret distribué lors de son passage. Aucun des médecins syndiqués n'a indiqué avoir été informé par son syndicat. Cependant, ces différentes organisations ont régulièrement publié à ce sujet.

En effet, dans un article publié en 2016, le SML commençait à énumérer les différents points de modifications engendrés par la RO SP (22). Dans le même temps, le syndicat FMF publiait de nombreux articles à ce sujet (23) (24). Enfin, le syndicat MG France faisait de même et mettait en ligne plusieurs articles (25) (26). Nous pouvons voir que ces organismes ont communiqué sur ce sujet mais les médecins ne semblaient pas en avoir été informés. Cela souligne que les syndiqués n'ont pas pour habitude de se tourner vers ces organismes pour ce type d'information.

VI. Un changement souhaité ?

Dans notre travail, de nombreux médecins expriment le souhait de voir évoluer les items de la RO SP, cela semble avoir été entendu puisque les critères ont été récemment modifiés. Il apparaît notamment de nouveaux objectifs comme le dépistage du cancer colorectal, le nombre de patients ayant bénéficié de 10 INR dans l'année, le nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen des pieds dans l'année.

De nombreux items concernant les génériques ont été supprimés et remplacés. Ainsi, nous voyons apparaître des objectifs concernant la prescription de génériques pour les traitements de l'asthme ou de l'incontinence urinaire (ANNEXE 2).

La thèse du Dr GIRARD-WASILEWSKI a également indiqué ce souhait de changement des objectifs (12).

Dans le même sens, au sein du travail de COISSAC.L, MERVIEL.N et PICARD.A, la critique majeure de l'absence d'évolutivité des objectifs en cours de convention revenait régulièrement (9).

A l'inverse, beaucoup de médecins sont satisfaits des objectifs permettant une rémunération pour la réalisation de tâches administratives. Cependant, il s'agit d'un grand point de changement avec la convention médicale 2016. En effet, les points attribués à la gestion

administrative du cabinet ont été supprimés pour être remplacés par un forfait structure (27). (ANNEXE 4). Est-ce que ce dernier apportera autant de satisfaction aux médecins généralistes ?

VII. Le refus d'un médecin traitant pour l'enfant ?

Si la plupart des médecins ont été informés de la mise en place du médecin traitant pour les enfants, aucun ne savait qu'il existait désormais une ROSP spécifique concernant cette patientèle.

Beaucoup ont abordé le problème de la concurrence avec les pédiatres. En effet, cela soulève des questions pour les patients, en premier lieu : quel médecin choisir ?

Cette question est d'autant plus problématique que les enfants sont souvent suivis par un pédiatre lorsqu'ils sont en bas âge et ensuite par un médecin généraliste. De plus, ces derniers rapportent voir de façon occasionnelle les enfants suivis par des pédiatres pour des événements intercurrents. Dans ce contexte, qui est le médecin traitant de l'enfant ?

Cette nouvelle situation soulève quelques interrogations chez les médecins généralistes qui paraissent, pour le moment, réfractaires à cette nouvelle mesure évoquant la nécessité de se conformer aux questions administratives et la mise en place d'un système de concurrence. Le temps permettra-t-il de changer les choses ?

Prenons l'exemple de l'instauration du statut du médecin traitant pour l'adulte. Il a été instauré en janvier 2005. Un an plus tard, 70% des patients avaient déclaré leur médecin traitant. Ce chiffre évoluait pour atteindre 80% en septembre 2007 puis 85% en novembre 2008. Pour les patients en ALD, cette déclaration concernait 96% des patients. Les médecins généralistes représentaient 99,5% des médecins traitants choisis (28).

La patientèle adulte, particulièrement celle atteinte d'une ALD bénéficiant d'une prise en charge pluridisciplinaire, peut être comparée à la patientèle infantile suivie par un pédiatre et un médecin généraliste. Ces chiffres particulièrement optimistes concernant la création de ce statut chez l'adulte le seront-il avec les enfants ?

La littérature ne nous apporte que peu de réponses sur cette nouvelle relation médecin généraliste / pédiatre. Il faudra laisser passer quelques années avant de voir les conséquences et la modification des relations entraînées par la création de ce nouveau statut. Il faut également du temps pour que les patients et les médecins soient informés de la création du médecin traitant avant 16 ans.

Cela montre que la ROSP n'est pas isolée. En effet, elle va de pair avec le statut de médecin traitant mais elle est aussi au cœur d'une convention médicale qui lie les médecins à l'Assurance Maladie. En effet, différentes conventions se sont succédées depuis 1971 (29).

VIII. Le caractère éthique de la ROSP

Dans notre travail, la plupart des médecins déclarent que la rémunération dégagée par ce système ne permet pas d'accroître le sentiment de reconnaissance de leur travail.

Si les avis semblent plutôt identiques, il s'avère que cette question est complexe. En effet, la revue du MAUSS de 2013 s'est penchée sur la question et a conclu que l'analyse des motivations médicales permettait de différencier deux genres de motivation : le pôle utilitaire de l'action (l'intérêt égoïste) et les motivations anti-utilitaires.

Ces dernières semblent particulièrement importantes pour les professionnels. Elles sont représentées par la définition de la bonne pratique, la définition de la profession, des problèmes éthiques et déontologiques, la relation avec les patients, mais aussi la reconnaissance... (30).

Ainsi, il apparaît que l'aspect financier représenté ici par l'intérêt égoïste n'est pas au premier plan dans les motivations du médecin.

Le rapport de BRAS et DUHAMEL a conclu que le paiement à la performance ne devait pas être conçu comme un simple dispositif de récompense mais comme un support pour une démarche d'investissement et d'amélioration des pratiques (7).

CONCLUSION

La rémunération à la performance est un système complexe qui est largement présent dans une grande partie du monde. Celle-ci soulève de nombreuses interrogations quant à son impact sur les soins et sur les coûts engendrés. Alors que l'impact semble modeste sur les modifications des pratiques, ce système perdure et s'enrichit régulièrement.

Les médecins interrogés éprouvent un ressenti globalement positif de la ROSP. Ce mode de rémunération est parfois vécu comme une mainmise de l'Assurance Maladie sur leur pratique. Même si les items sont jugés globalement pertinents, les médecins expriment leur souhait de changement dans les objectifs fixés et soulignent un mode de calcul parfois inapproprié et injuste. Le caractère administratif de certains objectifs est mis en avant rendant modéré l'impact de ce système de rémunération sur la modification des pratiques quotidiennes. Cependant, le sentiment global est toujours tourné vers l'amélioration des pratiques. Même si la rémunération engendrée par ce système est satisfaisante et parfois motivante, cette dernière ne permet pas toujours d'accroître le sentiment de reconnaissance professionnelle des médecins. Le caractère concurrentiel de ce système est déploré. Le ressenti est mitigé au sujet des dépenses de santé. Certains estiment que cela permet des économies de santé alors que d'autres pensent que cela engendre des dépenses de santé supplémentaires au moins à court terme.

Enfin, la convention 2016 a entraîné des changements à propos desquels les médecins ne semblent pas suffisamment informés. Les médecins ont tout de même reconnu que la sécurité sociale avait mis à disposition des moyens d'informations notamment lors des visites de ses représentants.

Ces changements permettront-ils de faire évoluer le ressenti des médecins généralistes sur la ROSP ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, Confédération des Syndicats Médicaux Français, Fédération Française des Médecins Généralistes, Syndicat des Médecins Libéraux. [Internet]. Convention Nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 Juillet 2011, [Consulté le 12/12/2017].
Disponible sur :
www.csmf.org/upload/File/Conv_med/conv_med_annexes_110726.pdf
2. L'Assurance Maladie. [Internet]. La nouvelle ROSP, [Consulté le 10/02/2017].
Disponible sur :
<http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/#1476981415037-cbf5c075-5cf7>
3. L'Assurance Maladie. [Internet]. Les indicateurs ROSP du médecin traitant de l'enfant, [Consulté le 01/08/2017].
Disponible sur :
<http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivitenouvelle-rosp-enfant/>
4. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-Performance in the United Kingdom : Impact of the Quality and Outcomes Framework - A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*. [Internet]. Septembre 2012;10(5):461–468, [Consulté le 10/02/2017].
Disponible sur :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438214/>
5. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The Experience of Pay for Performance in English Family Practice : A Qualitative Study. *Annals of Family Medicine*. [Internet]. Mai 2008;6(3):228-234, [Consulté le 17/05/2017].
Disponible sur :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2384990/>

6. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK : a population study. *The Lancet*. 2016;388(10041):268-274.
7. Bras PL, Duhamel G (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. La documentation française. Juin 2008;Rapport n°RM2008-047P
8. L'Assurance Maladie. [Internet]. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique - Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. [Consulté le 6/10/2017].
Disponible sur :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf
9. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique ; Quelle perception en ont les médecins généralistes [Thèse en ligne]. Angers : Université de Formation et de Recherche en Santé d'Angers ; 2016. [Consulté le 16/04/2017].
Disponible sur :
<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127067/2016MCEM6807/fichier/6807F.pdf>
10. Dunet B. Quelle est l'influence de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sur la pratique des médecins généralistes ? [Thèse en ligne]. Angers : Université de Formation et de Recherche en Santé d'Angers ; 2015. [Consulté le 16/04/2017]. Disponible sur :
<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117147/2015MCEM5154/fichier/5154F.pdf>
11. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P, Cavillon M, Mikolf F, Ventelou B. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les soins infirmiers. Etudes et résultats n°873 ; février 2014. Commandité par la Direction de Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social.

12. Girard-Wasilewski B. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : représentation des médecins généralistes [Thèse]. Lille : Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2015.
13. L'Assurance Maladie. [Internet]. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique - Bilan à 4 ans et perspectives d'évolution ; Avril 2016. [Consulté le 12/10/2017].
Disponible sur :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf
14. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. NEJM. [Internet]. 2009;(361):368-378, [Consulté le 06/10/2017].
Disponible sur :
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0807651#t=articleTop>
15. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-Performance in the United Kingdom : Impact of the Quality and Outcomes Framework - A Systematic Review. Ann Fam Med. [Internet]. 2012;10(5):461-468, [Consulté le 6/09/2017].
Disponible sur :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438214/>
16. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Library. 2011;(9).
17. Lefevre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique ? [Thèse en ligne]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2014. [Consulté le 28/03/2017].
Disponible sur :
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081665/document>

18. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review : Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res [Internet]. 2010;10:247, [Consulté le 10/11/2017].
Disponible sur :
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-247>

19. Institut National de Veille Sanitaire. [Internet]. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016. [Consulté le 11/12/2017].
Disponible sur :
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>

20. Da Silva N, Fleury L, Batifoulier P, Vanhille JL, Bréchat PH. Les liens entre la performance médicale et la composition de la patientèle : Une étude économétrique sur les médecins d’Ile-de-France. Journal Gestion d’Economie Médicales. 2015;33(3):191 - 214.

21. Laude A. Le patient entre responsabilité et responsabilisation. Trib Santé [Internet]. 2013;(41):79- 87, [Consulté le 15/07/2017].
Disponible sur :
<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-4-page-79.htm>

22. Syndicat des Médecins Libéraux. [Internet]. La convention pour les Nuls - La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), [Consulté le 12/12/2017].
Disponible sur :
<http://www.lesml.org/fr/169-les-articles-du-sml.php?actu=3434-la-convention-pour-les-nuls-la-remuneration-sur-objectif-de-sante-publique-rosp>

23. Fédération des Médecins de France. [Internet]. L'actualité ROSP, [Consulté le 12/12/2017].
Disponible sur :
<http://www.fmfpro.com/l-actualite-rosp.html>

24. L'Assurance Maladie. [Internet]. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Négociations 2016 - Réunion du 16/06/16, [Consulté le 15/09/2017].
Disponible sur :
http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/rosp_16_06_2016_1_.pdf

25. Syndicat MGFrance. [Internet]. La ROSP 2017, [Consulté le 12/12/2017].
Disponible sur :
<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/1599-la-rosp-2017-evolution-ou-revolution>

26. Syndicat MGFrance. [Internet]. Médecin traitant de l'enfant et ROSP enfant, [Consulté le 12/12/2017].
Disponible sur :
<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/1566-medecin-traitant-de-l-enfant-et-rosp-enfant>

27. L'Assurance Maladie. [Internet]. Moderniser le cabinet, [Consulté le 07/06/2017].
Disponible sur :
<http://convention2016.ameli.fr/renforcer-la-qualite-des-soins/moderniser/moderniser-le-cabinet/>

28. L'Assurance Maladie [Internet]. Point d'information de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2009. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention, [Consulté le 14/05/2017].
Disponible sur :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf

29. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Historique des conventions médicales. [Internet]. Juin 2017. [Consulté le 02/01/2018].
Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
30. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS [Internet]. 2013;(1):93-108, [Consulté le 23/03/2017].
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2013-1-page-93.htm>

ANNEXES

ANNEXE 1 - NUAGE DE MOTS CLES



ANNEXE 2 - INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE DE LA ROSP DE LA CONVENTION 2016

Source : <http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	Modifié	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients médecins traitants traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	Conservé 2011	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients médecin traitants traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	Nouveau 2016	39%	≥ 61%	10 patients	30

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le médecin traitant ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)	Nouveau 2016	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients médecin traitant traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	Nouveau 2016	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients médecin traitant dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)	Nouveau 2016	80%	≥ 95%	10 patients	20
		Part des patients médecin traitant présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	Nouveau 2016	51%	≥ 61%	5 patients	30

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Suivi des pathologies chroniques	Risque CV	Part des patients médecin traitant traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	Nouveau 2016	88%	≥ 95%	5 patients	30
Prévention	Grippe	Part des patients médecin traitant âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	Conservé 2011	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients médecin traitant âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	Nouveau 2016	38%	≥ 75%	10 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes médecin traitant de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	Conservé 2011	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes médecin traitant de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	Conservé 2011	62%	≥ 80%	20 patientes	40

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Prévention	Dépistage des cancers	Part des patients médecin traitant de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	Nouveau 2016	40%	$\geq 70\%$	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients médecin traitant > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	Nouveau 2016	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	Modifié	33%	$\leq 24\%$	5 patients	35
		Part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	Modifié	11%	$\leq 7\%$	5 patients	35

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Prévention	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients médecin traitant de 16 à 65 ans et hors ALD	Conservé 2011	25	14	20 patients	35
		Part des patients médecin traitant traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones)	Nouveau 2016	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients médecin traitant tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	Nouveau 2016	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients médecin traitant consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	Nouveau 2016	60%	≥ 75%	10 patients	20

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Modifié	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	Conservé 2011	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	Nouveau 2016	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	Nouveau 2016	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	Nouveau 2016	A déterminer selon les règles définies à l'article 27.5			
	Efficience des prescriptions	Part des patients médecin traitant traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients médecin traitant traités par antiagrégants plaquettaires	Conservé 2011	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients médecin traitant diabétiques traités par metformine	Nouveau 2016	87%	≥ 93%	10 patients	45

Thème	Sous-Thème	Indicateurs et enjeux de santé publique	Etat	Objectif		Seuil minimal	Points
				Intermédiaire	Cible		
Efficience	Efficiencie des prescriptions	Part des patients médecin traitant ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	Nouveau 2016	97%	≥ 99%	10 patients	45
	Biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	Nouveau 2016	15%	≥ 20%	20 boîtes	30

ANNEXE 3 : INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LES PATIENTS DE MOINS DE 16 ANS

Source : <http://www.fmcdinan.org/2017/06/rosp-des-enfants-de-moins-de-16-ans.html>

THÈME	SOUS-THÈME	INDICATEUR	OBJECTIF		SEUIL minimal	NOMBRE de points
			Intermédiaire	Cible		
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients médecin traitant de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	63 %	≥ 80 %	5 patients	35
		Part des patients médecin traitant de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle	50 %	≥ 71 %	5 patients	35
Prévention	Obésité	Part des patients médecin traitant de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an). Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients médecin traitant de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75%	≥ 87%	5 patients	35
		Part des patients médecin traitant de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	77%	≥ 90 %	5 patients	35

THÈME	SOUS-THÈME	INDICATEUR	OBJECTIF		SEUIL minimal	NOMBRE de points
			Intermédiaire	Cible		
Prévention Prévention	Antibio-résistance	Part des patients médecin traitant de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients médecin traitant de moins de 4 ans traités par antibiotiques	18%	≤ 3%	5 patients	35
		Part des patients médecin traitant de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients médecin traitant de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11%	≤ 2%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	Part des patients médecin traitant de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	Part des patients médecin traitant de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre). Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients médecin traitant de moins de 16 ans visés par le programme médecin traitant dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	80 %	≥ 86 %	5 patients	35
Total						305

ANNEXE 4 : LE FORFAIT STRUCTURE DE LA ROSP MODIFIE PAR LA CONVENTION MEDICALE 2016

Source : <http://convention2016.ameli.fr/renforcer-la-qualite-des-soins/moderniser-le-cabinet/>

VOLET 1

Prérequis facilitant la coordination des soins et la prise en charge des patients à travers l'équipement du cabinet

		Nb points		
		2017	2018	2019
VOLET 1	Engagements			
	Indicateur 1 : disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS et compatible DMP			
	Indicateur 2 : disposer d'une messagerie sécurisée de santé			
	Indicateur 3 : disposer d'une version du cahier des charges SESAM - Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM - Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération	175	230	280
	Indicateur 4 : taux de télétransmission > ou égal à 2/3			
	Indicateur 5 : affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé			
PRÉREQUIS pour déclencher le volet 2				

VOLET 2

Indicateurs permettant une valorisation complémentaire pour les médecins
qui mettent en place des services supplémentaires pour leur patientèle.

		Nb points		
Engagements		2017	2018	2019
VOLET 2 Accessible seulement si le volet 1 est atteint	Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de télé services	20	60	90
	Indicateur 2 : liste anonymisée attestant la capacité à requêter sur des données médicales codées . Ex : liste anonymisée de vos patients diabétiques	10	20	50
	Indicateur 3 : document attestant d'un engagement à une prise en charge coordonnée des patients (équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, réunions de concertation pluridisciplinaire ...)	15	40	60
	Indicateur 4 : document attestant d'un investissement pour de nouveaux services aux patients (temps de personnel dédié ou recours à un prestataire externe). Ex : prise de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale...	20	80	130
	Indicateur 5 : document attestant l' encadrement des jeunes étudiants en médecine (attestation de stage)	10	30	50
	Total volet 2	75	230	380

ANNEXE 5 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Comme j'ai pu vous le dire quand vous avez accepté de me recevoir, je viens entendre votre avis sur la ROSP. Mon travail a pour but de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur la modification de leur pratique par la ROSP.

Que pensez-vous de la ROSP ?

Quelle est selon vous l'influence globale de la ROSP pour la médecine générale ?

Quelle place à la ROSP dans votre pratique quotidienne personnelle ?

Quelle est la pertinence des items de la ROSP ? Relance éventuelle : Quel est selon vous le plus pertinent ?

Comment la ROSP peut-elle influencer votre sentiment de reconnaissance sur le travail que vous accomplissez ?

Selon vous, quel est l'impact de la rémunération dans l'application des recommandations dans votre pratique ? De manière générale ?

Si non ou peu abordé : quels sont les points négatifs/positifs de la ROSP selon vous ?

Selon vous, comment la ROSP peut-elle influencer les dépenses de santé ?

La nouvelle convention 2016 entraîne des modifications de la ROSP, comment en avez-vous été informé ? Qu'en pensez-vous ?

Le statut de médecin traitant pour les enfants est désormais créé ainsi que l'ajout de ROSP spécifiques à l'enfant.

Saviez-vous que le statut de médecin traitant de l'enfant existait ? Qu'en pensez-vous ?

Comment l'ajout de ROSP pédiatriques peut-il modifier votre pratique ?

Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé ?

Age :

Sexe :

Année d'installation :

Urbain, rural, semi-rural :

Orientation de la pratique : homéopathie, acupuncture ...

Appartenance à un syndicat ? Si oui, lequel ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.