



HAL
open science

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

Olivier Soussain

► To cite this version:

Olivier Soussain. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : ça marche ? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01962708

HAL Id: dumas-01962708

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962708>

Submitted on 20 Dec 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.

THESE :

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : ça marche ?

*Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale
concernant les médecins généralistes de Martinique.*

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane et examinée par les enseignants de ladite Faculté

Le 05 février 2018

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Par **Olivier SOUSSAIN**

Examineurs de la thèse :

Professeure Jeannie HÉLÈNE-PELAGE
Docteur Jacques MALROUX
Professeur Vincent MOLINIÉ
Professeur Pierre-André UZEL
Docteur Alain KOSTINE

Présidente du jury
Juge
Juge
Juge
Directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Administrateur Provisoire : Jacky NARAYANINSAMY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophthalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Michel DE BANDT

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Jean-Louis ROUVILLAIN

SAINTE-ROSE Christian

André CABIE

Philippe CABRE

Raymond CESAIRE

Sébastien BREUREC

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Régis DUVAUFERRIER

Annie LANNUZEL

Louis JEHEL

Mathieu NACHER

Guillaume THIERY

Magalie DEMAR-PIERRE

Vincent MOLINIE

Philippe KADHEL

Jeannie HELENE-PELAGE

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

Neurochirurgie Pédiatrique

CHU de MARTINIQUE

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 01

Neurologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 61

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

Bactériologie & Vénérologie

Hygiène hospitalière

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Immunologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 96 55 24 24

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 84

Neurologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Psychiatrie Adulte

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Parasitologie et Infectiologue

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE

VENISSAC Nicolas

Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire

DJOSSOU Félix

Maladies Infectieuses Et tropicales

Professeurs des Universités Associés

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE

MERLET Harold

Ophthalmologie
CHU de MARTINIQUE

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin

Médecine interne : Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MASSE Franck

Médecine Générale

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis	Chirurgie Générale et Viscérale CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01
LEFEVRE Benjamin	Maladies Infectieuses CHU de POINTE-A-PITRE Tel : 06 90 51 52 47
VIRNOT Céline	ORL CHU de POINTE-A-PITRE
BONIFAY Timothée	Médecin Générale CHU de Cayenne Croix rouge Tel : 06 90 99 99 11
DURTETTE Charlotte	Médecine Interne CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
RENARD Guillaume	Chirurgie Orthopédique CHU de MARTINIQUE Tel : 06 96 26 27 33
GUERIN Meggie	Parasitologie et Mycologie CH de CAYENNE
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE
POUY Sébastien	Cardiologie CHU de MARTINIQUE
DEBBAGH Hassan	Urologie CHU de MARTINIQUE Tel : 0596 55 22 71
HENNO Florent	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 06 37 85 15 28
BANCEL Paul	ORL CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
PARIS Eric	Réanimation CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 94 3953 39
SAJIN Ana Maria	Psychiatrie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
TRAMIER Ambre	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 19 89
PIERRE-JUSTIN Aurélie	Neurologie CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 40

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie
CHU de MARTINIQUE

MOUREAUX Clément

Urologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 9089 13 95

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Tel : 0690 72 12 04

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0596 55 22 28

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

Professeurs EMERITES

CARME Bernard

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

ARFI Serge

Médecine interne

Avant propos :

Ce travail de thèse a été rendu possible par la collaboration de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la CGSS de Martinique avec la faculté de médecine Hyacinthe BASTARAUD.

L'auteur de la présente étude est seul responsable de son contenu, qui n'engage en rien la responsabilité de l'Université, de la DRSM ou du directeur de thèse.

Conformément à la convention signée, la DRSM détient les droits d'auteur de ce travail.

Remerciements :

À Monsieur le Docteur Alain KOSTINE,

Médecin conseil, chef de service à la Direction Régionale du Service Médical de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Martinique.

Vous avez accepté la direction de cette thèse avec beaucoup de spontanéité. Je vous remercie pour votre générosité, votre patience et votre soutien.

À Madame la Professeure Jeannie HÉLÈNE-PELAGE,

Médecin généraliste, Professeure des universités associée, Coordinatrice du DESMG Antilles-Guyane.

Vous nous faites l'honneur de présider mon jury. Soyez assurée de ma plus grande gratitude pour la disponibilité dont vous faites preuve.

À Monsieur le Docteur Jacques MALROUX,

Directeur régional de la DRSM de Martinique.

Vous avez généreusement permis que ce travail ait lieu et vous me faites l'honneur de l'évaluer. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Vincent MOLINIÉ

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail, soyez assurée de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Pierre-André UZEL,

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail, soyez assurée de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

Je souhaiterais également remercier toutes les personnes ayant permis que ce travail aboutisse :

Faculté de médecine Hyacinthe BASTARAUD :

Dr Philippe CARRRÈRE, Médecin généraliste, Ancien chef de clinique des universités.

CGSS de Martinique

M Frantz LÉOCADIE, Directeur général

M Benjamin BORDE, Directeur santé ainsi que son prédécesseur M Judes LUCIEN

Mme Rebecca AMORY, Assistante de direction

M Eddie SAINTE-ROSE, Responsable du pôle pilotage et résultats, département pilotage audit et fraudes

M Eugène PAQUET, Statisticien au Pôle Pilotage et Résultats

Mme Stéphanie THIMON, Délégué d'assurance maladie

Au siège de la CNAMTS à Paris :

M Phillippe ULMANN, Directeur de l'offre de soins

M Claude GISSOT, Directeur de la stratégie, des études et des statistiques

M Gonzague DEBEUGNY, Responsable du département d'études sur l'offre de soins

Mme Sophie SEBO et Mme Clotilde BONELLY DUPONT, Statisticiennes au Département des études sur l'offre de Soins

Mme Lucie HACQUIN, Chargée de communication

A ma famille :

Mon père, ma mère, ma sœur ainsi que ma compagne pour leur patience et leur soutien moral.

Table des matières

1 Introduction.....	13
1.1 L'émergence du paiement à la performance.....	14
1.2 La mise en place d'un système de P4P dans le système français.....	16
1.3 La ROSP.....	17
1.4 Objectifs de recherche : La ROSP a-t-elle contribué à améliorer les pratiques des médecins généralistes en Martinique ?.....	18
2 Matériel et méthodes.....	19
2.1 Matériel et méthode en synthèse.....	20
2.2 Extraction des données.....	21
2.2.1 Convention avec la Sécurité Sociale.....	21
2.2.2 Liste des données recueillies.....	22
2.2.3 Population étudiée.....	23
2.3 Principes généraux de la ROSP et modalités du calcul de la rémunération.....	24
2.4 Analyse préliminaire : bilan de la ROSP en Martinique.....	26
2.4.1 Indicateurs généraux de l'évolution de la ROSP.....	26
2.4.2 Comparaisons avec les données nationales.....	26
2.4.3 Mesure de l'adhésion effective des médecins à la ROSP.....	27
2.5 Analyses Intermédiaires.....	28
2.5.1 Impact de la ROSP sur la santé publique en Martinique.....	28
2.5.2 Montant de la ROSP : prime à la qualité ou prime à la quantité ?.....	29
2.6 Analyse principale : mesure de l'effet propre de la ROSP sur l'évolution des pratiques.....	30
2.6.1 Objectif.....	30
2.6.2 Type d'étude.....	30
2.6.3 Facteur d'exposition.....	30
2.6.4 Critère de jugement principal.....	31
2.6.5 Hypothèses statistiques.....	31
2.6.6 Considérations techniques.....	31
3 Résultats et analyse.....	32
3.1 Résultats de l'étude préliminaire.....	33
3.1.1 Population de l'étude.....	33
3.1.2 Évolution du taux d'atteinte des objectifs.....	35
3.1.2.1 En Martinique.....	35
3.1.2.2 En France.....	37
3.1.2.3 Comparaison France-Martinique.....	38
3.1.3 Synthèse de l'évolution des indicateurs ROSP sur les quatre volets.....	39
3.1.3.1 Suivi des maladies chroniques.....	39
3.1.3.2 Volet prévention.....	41
3.1.3.3 Volet efficacité des prescriptions.....	43
3.1.3.4 Les indicateurs d'organisation du cabinet.....	44
3.1.4 Les rémunérations versées aux médecins.....	45
3.1.5 Évaluation de l'adhésion des médecins à la ROSP.....	46
3.1.6 Conclusion des analyses préliminaires « bilan de la ROSP en Martinique ».....	47
3.1.7 Justification des analyses intermédiaires et principale.....	48

3.2 Quelles améliorations en termes de santé publique ?.....	49
3.2.1 Résultats.....	49
3.2.2 Conclusion.....	52
3.3 Montant de la ROSP : prime à la qualité, prime à la quantité ?.....	53
3.3.1 Résultats.....	53
3.3.2 Conclusion.....	54
3.4 Analyse principale : mesure de l'effet propre de la ROSP sur l'évolution des pratiques..	55
3.4.1 Taux d'atteinte de la ROSP en fonction de l'adhésion chaque année.....	55
3.4.2 Évolution du taux d'atteinte de la ROSP en fonction du degré d'adhésion au dispositif.....	57
3.4.2.1 Constitution des deux groupes.....	57
3.4.2.2 Comparaison des populations exposées et non exposées.....	58
3.4.2.3 Résultat : critère de jugement principal.....	59
3.4.2.4 Conclusion de l'analyse principale.....	60
4 Discussions.....	61
4.1 Méthodologie de l'étude.....	62
4.1.1 Conventionnement avec la Sécurité Sociale.....	62
4.1.2 La recherche médicale à l'heure du « Big Data ».....	62
4.1.3 Critique de la méthodologie de l'analyse principale.....	63
4.2 Résultat de l'étude.....	64
4.2.1 Bilan global.....	64
4.2.2 Résultats attendus.....	64
4.2.2.1 Bilan global conforme à celui national	64
4.2.2.2 Avec quelques particularités locales.....	64
4.2.2.3 Oui, l'argent modifie les pratiques.....	64
4.2.3 Résultats plutôt inattendus.....	65
4.2.3.1 Vaccination anti-grippale.....	65
4.2.3.2 L'utopie des indicateurs déclaratifs.....	65
4.2.3.3 ROSP et taille de la patientèle.....	65
4.2.3.4 Bilan mitigé au niveau de la population.....	66
4.2.3.5 Le P4P ça marche, oui, mais pas beaucoup.....	66
4.2.4 Résultats de notre étude par rapport aux autres thèses soutenues.....	66
4.3 Enseignement, perspective.....	68
4.3.1 Modifications apportées à la ROSP au cours des dernières négociations conventionnelles.....	68
4.3.2 Corollaire de l'analyse principale : payer ceux qui ne s'y intéressent pas ?.....	68
4.3.3 ROSP et forfait patient : double emploi ?.....	69
Bibliographie.....	70
Annexes.....	73
Résumé.....	80

Glossaire des abréviations utilisées

ALD : Affection Longue Durée

BO Perf : Back Office Performance (logiciel)

BZD : benzodiazépine

CACEM : Communauté d'Agglomération Centre Martinique

CAESM : Communauté d'Agglomération de l'Espace Sud de la Martinique

CAP nord : Communauté d'Agglomération du Pays Nord

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HTA: HyperTension Artérielle

IC 95 % : Intervall de Confiance à 95 %

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LDL : Low Density Lipoprotein

MT : Médecin Traitant (utilisé pour dire patientèle du médecin traitant)

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

P4P : Payment for Performance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé publique

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TA : Tension Artérielle

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

1 Introduction

"Je trouve que la médecine est le métier le meilleur de tous : car soit qu'on fasse bien, ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de même sorte."

Sganarelle, Le médecin malgré lui (1666),
Acte III scène 1, MOLIERE

1.1 L'émergence du paiement à la performance

L'amélioration du système de soins constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé dans les pays développés. Les systèmes de santé des différents pays de l'OCDE ont des difficultés pour structurer efficacement l'offre de soins sur leurs territoires. Ils ont du mal à intégrer des mesures de prévention primaire et à transmettre efficacement un savoir médical actualisé aux acteurs de santé. De plus, les systèmes de santé des pays de l'OCDE connaissent une augmentation de leurs dépenses de fonctionnement.

Pour améliorer la qualité des soins, différentes politiques publiques ont été testées. Des mesures telles que l'accréditation et la certification des structures de soins ou la mise en concurrence des professionnels de santé ont été expérimentées. La publication de recommandations médicales, de guides de bonnes pratiques et le développement de formations médicales continues ont été également entreprises afin de réduire l'écart entre les savoirs issus de la recherche et les pratiques quotidiennes.

Ces démarches ont eu du succès mais les améliorations sur les systèmes de santé sont restées modestes. À la fin des années 1990, le secteur privé américain s'est tourné vers l'un des instruments les plus puissants pour modifier les comportements : l'argent.

Le « Payment for Performance » (P4P) consiste à moduler le paiement des acteurs de santé en fonction de la qualité de soins qu'ils délivrent afin de les encourager à améliorer leurs pratiques. Ces initiatives se sont ensuite répandues à la plupart des pays de l'OCDE. Elles concernent à la fois les structures hospitalières et les soins de premier recours. (cf figure 1)

En dépit de l'engouement de ces dernières années pour les programmes de P4P, l'efficacité de ces dispositifs reste incertaine. (1) Au niveau international, peu de programmes ont fait l'objet d'études d'impacts avec de solides garanties méthodologiques. Les études disponibles concluent en règle générale à un impact positif mais modeste sur la qualité des pratiques.(2)

Figure 1 : Liste des programmes de P4P dans les pays de l'OCDE en 2012 (illustration tirée de « Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability » – 2014)(1)

Country	Primary care	Specialist care	Hospitals
Australia	X		X
Austria			
Belgium	X		
Canada			
Chile	X	X	
Czech Republic	X		
Denmark			
Estonia			
Finland			
France	X	X	X
Germany	X		
Greece			
Iceland			
Ireland			
Israel			
Italy			
Japan			
Korea, Rep. of	X	X	X
Luembourg	X		
Mexico	X		
Netherlands	X	X	X
New Zealand	X		
Norway			
Poland	X		
Portugal	X		X
Slovakia			
Slovenia			
Spain	X	X	X
Sweden	X		X
Switzerland			
Turkey	X		X
UK	X	X	X
US	X	X	X

1.2 La mise en place d'un système de P4P dans le système français

Le système français a été classé comme le meilleur du monde par l'OMS en 2000 (3) : il produit de bons résultats sur le plan de la santé et satisfait aux attentes de la population. Le système français des années 2000 se caractérisait par un grand libéralisme et un grand pluralisme. Les patients avaient un accès libre et illimité à tous les niveaux de soins. Les médecins n'étaient pas incités à limiter leurs prescriptions ni leurs volumes de consultations. Enfin, le système n'encourageait pas les médecins à réaliser des actes de prévention, il ne les incitait pas à gérer des maladies difficiles ou chroniques ou à coordonner les soins pour un patient.

Cependant, le système de santé français connaît depuis le début des années 1990 des problèmes récurrents de durabilité financière : l'Assurance Maladie génère d'importants déficits annuels. Des déficits records en 2003/2004 puis en 2009/2010 ont imposé des mesures de limitation des dépenses.

En 2004, un parcours de soins visant à limiter l'accès spontané des patients aux spécialistes et à limiter le nomadisme médical, a été instauré.

En 2009, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) -un dispositif de P4P à destination des médecins généralistes- a été lancé afin de réaliser des économies.

Les objectifs de la CAPI étaient « de conforter l'implication des médecins dans la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable ». (4)

Le CAPI était un contrat d'adhésion volontaire. Des objectifs ont été définis sur 16 indicateurs de pratiques. La rémunération maximale était de 7000 € par an. Ce dispositif a connu un certain succès puisque 16 103 médecins sur les 42 590 éligibles ont accepté le contrat. Les indicateurs ont connu une évolution plus favorable chez les médecins ayant adhéré au dispositif que chez les médecins n'y ayant pas adhéré. Cela se traduisait soit par une meilleure progression soit par une moindre baisse. Les résultats à 2 ans révélaient que le groupe des médecins ayant adhéré au CAPI avaient des niveaux d'atteinte jusqu'à 5 % plus élevés pour certains indicateurs que ceux n'y ayant pas adhéré pour des valeurs initiales identiques. (5) Des améliorations notables ont pu être mesurées au niveau du suivi des pathologies chroniques et de la prescription en médicaments génériques.

A la suite de cette expérience positive, le paiement à la performance a été ensuite généralisé à l'ensemble des médecins lors de la convention médicale de 2011 avec la création de la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP) (6).

Ce dispositif, issu des négociations entre UNCAM et les syndicats de médecins, concerne tous les médecins libéraux et au premier titre les médecins généralistes pour lesquels il est plus conséquent.

La ROSP des médecins généralistes est la continuité du CAPI. Les indicateurs et le mode de calculs du CAPI sont globalement repris dans la ROSP. Celle-ci inclut également de nouveaux indicateurs.

1.3 La ROSP

La ROSP est une rémunération "bonus" annuelle accordée aux médecins sur la base de l'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Elle est automatique et ne comporte aucune contrepartie. Elle ne prévoit aucune sanction en cas de non-atteinte des objectifs. La ROSP – tout comme les dispositifs de forfait patientèle- est un nouveau mode de rémunération, complémentaire de la rémunération à l'acte qui reste majoritaire.

La ROSP a été introduite lors des négociations conventionnelles de 2011. Elle s'est appliquée de 2012 à 2016 à l'ensemble des médecins conventionnés. Elle a été modifiée lors des négociations conventionnelles de 2016.

La ROSP s'appliquait de manière tacite à l'ensemble des médecins libéraux installés mais elle n'avait pas de caractère obligatoire : les médecins ne souhaitant pas participer au dispositif pouvaient en faire la demande.

La ROSP issue des négociations de 2011 invite à une amélioration des pratiques professionnelles en fixant des objectifs à atteindre sur 29 indicateurs répartis en 4 domaines :

- moderniser les cabinets médicaux par l'informatisation ;
- promouvoir les actes de prévention et de dépistage ;
- améliorer le suivi des pathologies chroniques notamment le diabète ;
- diminuer les coûts de santé par la prescription de génériques.

Lors de sa mise en place, la ROSP n'a pas suscité l'unanimité au sein des médecins. Malgré une intention louable d'amélioration des pratiques professionnelles et un complément de rémunération sans contrepartie, une partie des médecins libéraux était défavorable à ce dispositif.

(7)

Certains médecins ont demandé à ne pas être inclus dans la ROSP. (8)

Leur réticence était motivée par des problèmes éthiques avec un possible conflit d'intérêt médecin/patient. Ils craignaient aussi la surveillance de leurs pratiques par des autorités régulatrices, notamment par l'Assurance Maladie avec laquelle les médecins libéraux entretiennent parfois des relations conflictuelles.(9–12)

Ils jugeaient aussi les démarches de P4P comme peu à même de changer leurs pratiques et s'interrogeaient sur la validité des indicateurs retenus pour évaluer la qualité de leur travail. (13–15)

Des bilans annuels du dispositif ont été réalisés par la CNAMTS. Ces bilans présentent des résultats en faveur *"d'une amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins"* avec toutefois des variations en fonction des indicateurs et des régions.(14) Cette disparité avait déjà été mise en évidence avec la CAPI. (5)

Les indicateurs organisationnels -les plus simples à remplir- sont généralement satisfaisants. Les indicateurs de prévention et de dépistage qui nécessitent une implication plus forte et un changement plus global des pratiques sont moins bien remplis. Cet aspect a été dénoncé par la Cour des Comptes en 2014 (17).

Des thèses de médecine font aussi état de résultats contrastés sur l'amélioration de la qualité des soins depuis la mise en place du P4P :

- pas d'augmentation de la durée de la consultation (critère de qualité de soins ne faisant pas partie de ceux utilisés pour la P4P) (18) ;
- pas d'amélioration dans les dépistages des cancers gynécologiques (19) ;
- modification des habitudes de prescription de benzodiazépine avec diminution des molécules à longue demi-vie mais entraînant une augmentation des traitements de longue durée(20) ;
- augmentation du nombre de dosages annuels d'HbA1c chez les patients diabétiques (21) mais sans impact sur l'amélioration du contrôle du diabète (HbA1c en hausse) (22).

D'un point de vue géographique, on note dans les bilans de la CNAMTS de grandes disparités régionales avec des taux d'atteinte d'objectifs de ROSP globaux variant de 41,5 % à 71,5 %. Les régions d'Outre-mer sont parmi celles qui ont les taux d'atteinte des objectifs globaux les moins importants. Par ailleurs, dans les rapports de la CNAMTS, beaucoup de données manquent (zones grises) en ce qui concerne nos régions d'Outre-mer. En revanche, il semble qu'aucune étude ne se soit intéressé à la ROSP sous l'angle des médecins qui en bénéficient de manière automatique sans y prêter attention et sans y contribuer en fournissant les valeurs souhaitées. En effet parmi les 29 indicateurs de la ROSP, 20 sont calculés de manière automatique par la Sécurité Sociale et 9 doivent être renseignés par le médecin. Parmi les 9 indicateurs que le médecin doit renseigner, 5 sont purement déclaratifs et 4 sont soumis à un justificatif. Comme l'adhésion au dispositif est automatique, un médecin n'ayant pas même entendu parler du dispositif perçoit quand même une prime qui découle des indicateurs calculés par la CNAMTS.

1.4 Objectifs de recherche : La ROSP a-t-elle contribué à améliorer les pratiques des médecins généralistes en Martinique ?

L'objectif premier de cette thèse est de réaliser un bilan global de la ROSP pour la région Martinique sur la période 2012-2016 et d'établir la comparaison avec les résultats nationaux.

L'objectif secondaire est d'identifier au niveau de la population martiniquaise la traduction clinique de l'évolution des pratiques.

L'objectif final est de définir si l'évolution des pratiques observée sur la période est l'effet propre de la ROSP ou l'effet de facteurs de confusion, d'une évolution naturelle des pratiques.

2 Matériel et méthodes

2.1 Matériel et méthode en synthèse

Méthodologie générale de l'étude : Cette étude comporte plusieurs analyses quantitatives sur la ROSP issue de la convention de 2011 avec les médecins généralistes de Martinique. Les données ont été récupérées directement auprès de l'Assurance Maladie après avoir établi une convention avec la CGSS de Martinique.

L'analyse principale de l'étude a pour objet de faire le bilan de l'influence propre de la ROSP sur l'évolution des pratiques observées entre 2016 et 2012. L'évolution des pratiques observées est-elle directement liée à la mise en place de la ROSP ?

Pour cela il a fallu déterminer le degré d'acceptation du dispositif par les médecins. L'adhésion des médecins au dispositif de ROSP est automatique, tacite, aussi il a été nécessaire de trouver un marqueur pour évaluer leur acceptation réelle. Comme le dispositif prévoit des actions volontaires de la part des médecins généralistes pour renseigner quelques indicateurs déclaratifs, le fait que ces indicateurs aient été renseignés a été interprété comme une acceptation du dispositif. Rappelons que ces indicateurs déclaratifs portent sur leur équipement informatique et sur l'atteinte d'objectifs thérapeutiques de leurs patients diabétiques ou hypertendus.

Recueil des données : Établissement d'une convention avec la DRSM de la CGSS de Martinique pour permettre l'accès à l'application web Back Office Performance.

Population cible : La population cible de l'étude est l'ensemble des médecins généralistes de Martinique installés en secteur libéral et conventionnés avec la Sécurité Sociale.

Critère d'inclusion : Médecins généralistes de Martinique répertoriés dans l'outil BO perf étant « médecin traitant » d'au moins 150 patients en 2012.

Analyse préliminaire :

- Taux d'atteinte globale de la ROSP, taux d'atteinte par volets de ROSP, niveau d'atteinte de chaque indicateur et comparaison avec le bilan fait par la CNAMTS au niveau national.
- Moyenne des rémunérations perçues par les médecins.
- Mesure de l'adhésion au travers du renseignement d'indicateurs déclaratifs.

Analyse intermédiaire : Nombre de patients impactés par l'évolution des pratiques.

Mesure de la force de corrélation entre la rémunération, la taille de la patientèle et le taux d'atteinte de la ROSP.

Analyse principale : mesure de l'effet propre de la ROSP .

Comparaison de l'évolution des pratiques entre les médecins qui ont accepté la ROSP et ceux qui ne l'ont pas totalement acceptée.

2.2 Extraction des données

2.2.1 Convention avec la Sécurité Sociale

Les données utilisées dans notre étude proviennent des bases de données de la Sécurité Sociale.

Il n'a pas été possible d'extraire directement les informations ciblées depuis les serveurs de la CGSS. La solution retenue pour avoir un accès aux données a été d'utiliser l'application Back Office Performance (BO perf). Pour accéder à ces données protégées, il a été nécessaire d'établir une convention entre la faculté de médecine et la direction régionale du service médical de la CGSS de Martinique. (cf Annexe 2)

Le recueil des données a eu lieu la semaine du 29/05/2017 au 02/06/2017 directement dans les locaux de la DRSM.

BO perf est une application web interne à la CGSS qui permet aux délégués de l'Assurance Maladie de suivre, de saisir et de corriger les différentes informations relatives à la ROSP.

L'accès qui m'a été ouvert m'a permis de visualiser et recueillir l'ensemble des informations ROSP des médecins généralistes de Martinique de manière méthodique.

La première étape a été d'établir la liste de tous les médecins généralistes de Martinique. Celle-ci a été obtenue avec le logiciel BO perf en utilisant une fonction de recherche par code postal pour chacune des communes de la Martinique. La seconde étape a été de consulter et d'enregistrer toutes les pages de l'application pour chaque médecin identifié par son numéro de praticien de santé. En plus des pages affichées qui concernent l'année 2016, l'application pouvait générer les archives des années passées sous la forme de tableaux de bord au format pdf. Ils ont tous été enregistrés de façon méthodique.

Pour rendre cette masse de fichiers facilement exploitable, les valeurs pertinentes ont été extraites puis compilées dans un unique fichier tableur. Pour cela, les fichiers qui étaient nativement au format htm et pdf ont été convertis au format txt à l'aide de petits logiciels dédiés (*some pdf to texte converter* et *htmlastexte*). Les fichiers de tous les médecins ont été mis bout à bout grâce au logiciel *easy file joiner*. Puis les données d'intérêts ont été extraites de ces fichiers textes en utilisant les fonctions avancées de recherche et mise en page d'un tableur. Tous les fichiers contenant des informations nominatives ont été supprimés après la mise en forme et la vérification de la base de données. La base de données finale ne contient aucune information à caractère nominatif. Elle a fait l'objet d'une déclaration normale auprès de la CNIL. (annexe 3)

Fin juillet 2017, des données complémentaires m'ont été directement envoyées par le Pôle Pilotage et Résultats de la CGSS de Martinique.

2.2.2 Liste des données recueillies

La base contient pour chaque médecin les données suivantes :

- le code postal de son lieu d'exercice ;
- le sexe ;
- l'âge ;
- la date de début d'activité libérale ;
- la date d'installation dans le département ;
- le critère « maître de stage universitaire » ;
- le nombre d'actes de consultations C et de visites V réalisés au cours de l'année 2016 ;
- le nombre de patients vus en consultation au cours de l'année 2016 ainsi que quelques caractéristiques de ces patients : tranche d'âge, pourcentage de CMU ;
- les références du logiciel de gestion des dossiers médicaux (donnée déclarative issue de la ROSP 2016) ;
- le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques (donnée annuelle) ;
- le nombre de patients, tous régimes sociaux confondus, ayant déclaré le praticien comme médecin traitant (donnée annuelle) ;
- les valeurs des 29 indicateurs de la ROSP (liste en annexe) (données annuelles) ;
- les valeurs initiales des indicateurs ROSP calculés (c'est-à-dire des indicateurs non déclaratifs établis au 31/12/2011) ;
- le nombre exact de patients concernés par chacun des indicateurs cliniques de ROSP pour les années 2011 et 2016 (c'est-à-dire le numérateur et le dénominateur ayant permis le calcul de chaque indicateur) ;
- la rémunération obtenue au titre de la ROSP en euro (donnée annuelle) ;

Les données annuelles sont disponibles depuis la mise en place de la ROSP soit pour les années 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016.

2.2.3 Population étudiée

La population cible de l'étude est l'ensemble des médecins généralistes de Martinique installés en secteur libéral et conventionnés avec la Sécurité Sociale.

La ROSP existe pour d'autres spécialités, cette étude cible spécifiquement les médecins généralistes. La ROSP n'existe pas pour les médecins salariés ou remplaçants, ni bien sûr pour les médecins non conventionnés. Cette étude ne concerne donc que les médecins libéraux installés et elle se limite à la Martinique.

Par suite, le simple terme « médecin » désignera dans le reste du document un médecin généraliste installé en libéral en Martinique.

Les données de tous les médecins répertoriés dans l'outil BO perf ont été recueillies pour l'étude. La plupart des analyses effectuées ont nécessité de définir un critère d'exclusion de certains médecins. Il s'agissait d'exclure les médecins qui n'étaient pas encore installés en 2012.

Le **critère d'exclusion** retenu a été le suivant : **médecin ayant une patientèle le déclarant comme médecin traitant en 2012 inférieure à 150 patients.** Ce critère d'exclusion est d'ailleurs *similaire à celui utilisé par la CNAMTS dans la publication de ses bilans annuels de la ROSP.*

En effet, la ROSP des médecins nouvellement installés a quelques spécificités qui rend la comparaison délicate avec les autres médecins. Il n'est pas pertinent de retenir cette population pour établir un bilan de la ROSP. La mécanique de la ROSP fixe, comme préalable au calcul d'un indicateur, la vérification d'un seuil minimal de patients. Les médecins dont la patientèle est trop faible voient la plupart de leurs indicateurs non renseignés.

La patientèle « médecin traitant » (patientèle MT) est définie par la CNAMTS. Elle correspond au nombre d'assurés de tous les régimes qui ont déclaré le médecin comme étant leur médecin traitant et qui n'en ont pas changé au cours de l'année. Dans cette thèse, le terme «patientèle» est donc un raccourci pour désigner la patientèle MT au sens défini par la CNAMTS.

2.3 Principes généraux de la ROSP et modalités du calcul de la rémunération

La ROSP est composée de 29 indicateurs indépendants. Ces indicateurs sont regroupés en 4 volets : « organisation du cabinet », « suivi des maladies chroniques », « prévention : dépistage et iatrogénie » et « efficacité de la prescription ». La ROSP est basée sur un système de points attribués à chaque indicateur.

Le volet organisation comporte 5 indicateurs. Ces indicateurs sont qualitatifs, il n'y a que trois réponses possibles : oui, non et non renseigné.

Quand la réponse à un indicateur est positive le médecin obtient la totalité des points correspondant à l'indicateur. Pour 2 de ces indicateurs, portant sur l'équipement informatique, le médecin doit fournir des justificatifs à la Sécurité Sociale. Pour 2 autres indicateurs, il doit seulement déclarer les informations à la Sécurité Sociale sans besoin de justificatif. Seul un indicateur de ce volet est automatiquement calculé par la Sécurité Sociale.

Les 24 autres indicateurs portent sur la qualité de la pratique médicale. Ces indicateurs sont quantitatifs, ils correspondent à des pourcentages. Le nombre de points se détermine chaque année à partir du niveau constaté fin décembre. Ce calcul utilise le taux de réalisation défini par rapport à un objectif cible et un objectif intermédiaire. Ces objectifs sont fixés au niveau national.

- Si le niveau constaté atteint ou dépasse l'objectif cible, le taux de réalisation est égal à 100 %

- Si le niveau constaté dépasse l'objectif intermédiaire sans atteindre l'objectif cible, le taux de réalisation correspond à :

$$\text{Taux de réalisation} = 0,5 + 0,5 * \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

- Si le niveau constaté n'atteint pas l'objectif intermédiaire, le calcul prend alors en compte le niveau initial c'est-à-dire au 31/12/2011.

$$\text{Taux de réalisation} = 0,5 * \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Le nombre de points attribué à chaque indicateur est le produit du taux de réalisation par le nombre de points maximal de l'indicateur. C'est une variable continue plafonnée par le nombre maximal de points.

Parmi les 24 indicateurs portant sur la qualité des soins, cinq sont déclaratifs. Il s'agit des indicateurs portant sur le niveau de contrôle des patients diabétiques et hypertendus. Ils doivent être remplis par les médecins. Aucune procédure de vérification des valeurs déclarées n'a été prévue par la Sécurité Sociale. Les autres indicateurs sont automatiquement calculés par l'Assurance Maladie à partir des données de remboursement.

Le montant de la ROSP est déterminé à partir des points obtenus.

Pour les indicateurs du volet organisation du cabinet, le calcul est simple. Il faut multiplier la somme des points obtenus par la valeur du point fixée à 7€. Quatre cents points au maximum sont attribués à ce volet, le montant maximal de la rémunération est donc de 2 800 €.

Pour les indicateurs liés à la pratique clinique, on procède de la même manière puis le montant total est pondéré par la taille de la patientèle selon la formule suivante :

$$\text{Montant de la rémunération} = \text{nombre de points} * 7 \text{ €} * \frac{\text{patientèle MT}}{800}$$

Le nombre de patients d'un médecin n'étant pas limité, cette partie de la ROSP n'est pas plafonnée. Un médecin qui aurait 2 500 patients peut obtenir jusqu'à 22 487 € de ROSP.

La liste des indicateurs avec leurs objectifs cibles et le nombre de points attribué est présenté en annexe 1.

2.4 Analyse préliminaire : bilan de la ROSP en Martinique

Une étude préliminaire a été réalisée pour dresser un bilan général de l'évolution des indicateurs de la ROSP en Martinique.

Cette analyse préliminaire reprend la trame des analyses faites au niveau national par la CNAMTS.

Les résultats en Martinique ont été comparés aux résultats nationaux des bilans CNAMTS.

Les objectifs de cette étude préliminaire étaient de dresser l'état des pratiques en Martinique et de calibrer les analyses pour la réalisation de l'étude principale.

2.4.1 Indicateurs généraux de l'évolution de la ROSP

Le taux d'atteinte global des objectifs a été calculé pour chaque médecin. Il correspond au rapport du nombre de points obtenus -tous indicateurs confondus -par le nombre de points maximal (1 300).

Les intervalles de confiance à 95 % des moyennes ont été déterminés avec la formule suivante :

$$\text{Intervalle de confiance} = \text{Moyenne} \pm 1,96 * \frac{\text{ecart type}}{\sqrt{\text{population}}} .$$

Le graphique de la distribution des taux d'atteinte globale de la ROSP a été établi en regroupant les médecins par palier de 5 % de taux d'atteinte ce qui permet de distinguer 20 classes.

Les taux d'atteinte moyens de chaque volet ont également été calculés. Ils sont présentés sous la forme de moyennes annuelles. Ils correspondent au rapport du nombre de points obtenus pour le volet concerné par le nombre de points totaux attribués à ce volet (250 ou 400).

Pour chaque indicateur, le niveau observé moyen a aussi été calculé. Il s'agit de la moyenne des niveaux observés chez tous médecins pour chaque indicateur. Cette mesure informe directement sur les pratiques, elle n'intègre pas les objectifs cibles ou intermédiaires ni le nombre de points attribué à chaque indicateur.

Pour ne pas surcharger les résultats, les taux d'atteinte de chaque volet et le niveau moyen de chaque indicateur sont présentés sans les intervalles de confiance à 95 %. Cette présentation s'apparente à celle des bilans établis par la CNAMTS.

2.4.2 Comparaisons avec les données nationales

Les valeurs numériques ainsi que des graphiques issus des bilans de la ROSP réalisés par la CNAMTS au niveau national ont été intégrés aux résultats. Ils sont systématiquement et explicitement signalés comme étant des données extérieures à la présente étude. Ils ont été repris dans ce document pour permettre la comparaison.

2.4.3 Mesure de l'adhésion effective des médecins à la ROSP

L'adhésion effective des médecins à la ROSP a été établie à partir des données issues des indicateurs déclaratifs. Le renseignement d'indicateurs déclaratifs qui relève d'une participation active à la ROSP a été considéré comme une adhésion effective au dispositif. Pour chaque année, 3 classes ont été définies :

- les médecins qui n'adhèrent pas et qui ne renseignent aucun des 9 indicateurs déclaratifs ;
- les médecins qui adhèrent – au moins partiellement- et qui renseignent au moins 1 des 9 indicateurs déclaratifs ;
- les médecins ayant une forte adhésion et qui renseignent tous les indicateurs déclaratifs.

2.5 Analyses Intermédiaires

2.5.1 Impact de la ROSP sur la santé publique en Martinique

L'impact de la ROSP sur la population est évalué pour chaque indicateur en termes de nombre de patients impactés. Il s'agit de déterminer le nombre de patients vaccinés en plus, dépistés en plus, mieux suivis...

La base contient, pour les années 2011 et 2016, les valeurs (numérateur et dénominateur) qui ont permis d'établir le taux constaté pour chaque médecin. La somme des numérateurs et des dénominateurs de tous les médecins permet de calculer le niveau d'atteinte global sur la population martiniquaise. L'évolution sur la période se calcule par différence des niveaux d'atteinte entre 2016 et 2011.

Les populations de 2011 et 2016 ne sont cependant pas égales, c'est pourquoi il est seulement possible d'estimer le nombre de patients impactés par l'évolution des pratiques au cours de la mise en place de la ROSP. Pour chaque indicateur, l'évolution du nombre de patients impactés a été estimée en multipliant l'évolution du niveau d'atteinte entre 2011 et 2016 par le dénominateur de 2016 de chaque indicateur.

L'analyse porte sur toute la population martiniquaise. Ainsi les données de tous les médecins ont été retenues, y compris de ceux qui étaient médecin traitant de moins de 150 patients en 2012.

Seuls les indicateurs calculés portant sur les volets prévention et suivi des pathologies chroniques sont concernés par cette analyse. Les indicateurs des volets organisation et efficience de la prescription n'ont pas d'effet mesurable sur la population. Enfin les indicateurs déclaratifs posent des questions de fiabilité.

2.5.2 Montant de la ROSP : prime à la qualité ou prime à la quantité ?

Il s'agit de tester la corrélation entre le montant de la rémunération, le niveau d'atteinte globale des objectifs et la taille de la patientèle. Des graphiques ont été réalisés pour représenter la distribution des médecins par rapport à leur rémunération, à leur patientèle et à leur niveau d'atteinte des objectifs.

Pour chacun de ces graphiques, une courbe de tendance a été déterminée. Le coefficient de corrélation et la formule associée à chaque courbe ont, quant à eux, permis de déterminer quel paramètre influait le plus sur le montant de la ROSP.

L'analyse a été effectuée avec les données de l'année 2016.

Les médecins retenus pour cette analyse sont, bien évidemment, les mêmes que ceux de l'analyse préliminaire.

2.6 Analyse principale : mesure de l'effet propre de la ROSP sur l'évolution des pratiques

2.6.1 Objectif

Il s'agit de déterminer si l'évolution constatée des pratiques au cours de la mise en place du dispositif a été induite par le dispositif lui-même ou si elle est aussi liée à des facteurs de confusion.

Les pratiques évoluent, est-ce l'unique fait de la ROSP ?

2.6.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie analytique de type cohorte historique. La méthodologie utilisée est celle d'une étude « exposé / non exposé » rétrospective.

La période étudiée va de 2012 à 2016, ce qui correspond à toute la période de la ROSP issue de la convention médicale de 2011.

2.6.3 Facteur d'exposition

Le facteur d'exposition est l'adhésion effective du médecin à la ROSP.

L'étude postule que les médecins qui n'ont renseigné aucun des indicateurs déclaratifs de la ROSP n'adhèrent absolument pas au dispositif. Ils sont donc le reflet de l'évolution naturelle des pratiques médicales.

L'étude préliminaire a montré que l'adhésion effective des médecins à la ROSP a été forte et que le nombre de médecins n'ayant jamais renseigné un seul indicateur déclaratif n'était pas suffisant pour constituer un groupe témoin significatif (12 médecins). Il n'a donc pas été possible de comparer l'évolution des pratiques dans un groupe évoluant librement par rapport à un groupe influencé par la ROSP.

Pour pallier à cela, deux groupes de taille équitable ont été constitués :

- Les médecins ayant toujours renseigné les 9 indicateurs déclaratifs chaque année. Ce sont des médecins qui ont fortement adhéré à la ROSP dès sa mise en place. Ce groupe constitue le groupe « exposés » et correspond aux médecins fortement influencés par la ROSP.
- Les médecins n'ayant pas toujours renseigné l'ensemble des 9 indicateurs déclaratifs. Ce sont des médecins qui n'ont pas totalement adhéré à la ROSP ou y ont adhéré de manière fluctuante au cours du temps, ou même jamais adhéré. Ce groupe constitue le groupe « non- exposés » les médecins sont peu ou pas influencés par la ROSP, en tout cas moins que dans le groupe « exposés ». Ils sont le marqueur de l'évolution naturelle des pratiques.

2.6.4 Critère de jugement principal

Le critère principal de jugement est l'évolution du taux d'atteinte des indicateurs non-déclaratifs entre 2016 et 2012.

Le critère qui permet de mesurer l'évolution des pratiques a été construit comme le taux d'atteinte global de la ROSP mais il ne prend en compte que les indicateurs non-déclaratifs.

Il s'agit de la somme des points obtenus par chaque médecin pour les 20 indicateurs non-déclaratifs divisée par le total des points attribués aux indicateurs non-déclaratifs.

Les indicateurs déclaratifs ayant permis de constituer les groupes ne peuvent pas intervenir dans la mesure du résultat.

Les indicateurs non déclaratifs sont directement calculés par la CNAM sans intervention du médecin. Ils sont aussi appelés indicateurs calculés.

2.6.5 Hypothèses statistiques

Hypothèse nulle H_0 : L'évolution des pratiques médicales est la même dans le groupe des médecins « exposés » et dans le groupe de médecins « non exposés » :

Hypothèse alternative H_A (ce que l'on cherche à démontrer) : L'évolution des pratiques médicales est différente entre le groupe des médecins « exposés » et le groupe de médecins « non exposés »: **L'évolution des pratiques médicales constatée sur la période est en rapport avec la mise en place de la ROSP.**

2.6.6 Considérations techniques

Risque alpha : 5 % ; Risque Béta : 20 %.

Le test du X^2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives entre les populations des deux groupes : sexe, lieux d'exercice, maître de stage universitaire.

Le test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives entre les populations des deux groupes : âges, patientèle, nombre d'actes.

Le test de Student a été utilisé pour comparer les différences concernant le critère de jugement principal.

Ces tests statistiques ont été réalisés à l'aide de l'outil en ligne Biostatgv développé par l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique, affilié à l'INSERM et l'Université Pierre et Marie Curie : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

3 Résultats et analyse

3.1 Résultats de l'étude préliminaire

3.1.1 Population de l'étude

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes de notre étude.

	Total des dossiers de médecins recueillis		Médecins retenus pour l'analyse (inclus)		Exclus : patientèle de 2012 < 150 patients	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Hommes	179	61,5 %	132	63,8 %	47	56,0 %
Femmes	112	38,5 %	75	36,2 %	37	44 %
Maître de stage universitaire	29	9,9 %	24	11,6 %	5	6 %
Lieu d'exercice : nord (CAP Nord)	66	22,7 %	44	21,3 %	22	26,2 %
Lieu d'exercice : Centre (CACEM)	145	49,8 %	97	46,9 %	48	57,1 %
Lieu d'exercice : sud (CAESM)	80	27,5 %	66	31,9 %	14	16,7 %
Âge moyen	56,5 ans		60,1 ans		47,5 ans	
Nombre d'années d'exercice libéral	21 ans		25 ans		12 ans	
Patientèle MT (Données de 2016)	900 patients/médecin		1 103 patients/médecin		293 patients/médecin	
Moyenne et total	247 525 assurés		227 259 assurés		20 270 assurés	
ROSP moyenne 2016	6 016 €		7 499 €		2 247 €	
Nombre de consultations C moyen année 2016	4 292 C		4 976 C		2 537 C	
Nombre de visites V moyen année 2016	266 V		138 V		566 V	
Estimation de la rémunération à l'acte moyenne année 2016	117 975 €		131 690 €		84 174 €	
ROSP/rémunération à l'acte	5,1 %		5,7 %		2,7 %	
Total	291		207 (soit 71,1%)		84 (soit 28,9%)	

Précision : Les pourcentages exprimés dans la ligne Total correspondent aux médecins inclus et exclus par rapport à l'ensemble des dossiers recueillis. Les lieux d'exercice ont été regroupés en centre, nord et sud ce qui correspond aux trois intercommunalités de la Martinique : la CACEM, la CAESM et la CAP nord. La CACEM correspond à l'aire urbaine de Fort de France, les principales structures de soins y sont regroupées. L'estimation de la rémunération a été établie à partir du nombre de C et de V mais elle ne prend pas en compte les diverses majorations (nuit, week-end, enfant, nourrisson. ...)

Les données concernant la ROSP de 291 médecins généralistes de Martinique ont été recueillies. Cette population est majoritairement masculine (61,5 %). La moyenne d'âge est de 56 ans. La moitié des médecins exercent dans l'aire urbaine de Fort de France. La ROSP moyenne perçue par les médecins généralistes de Martinique est de 6016 €, ce qui représente une prime d'un peu plus de 5 % de leur recette annuelle liée au paiement à l'acte.

Ces 291 médecins généralistes sont les médecins traitant de 247 529 assurés sociaux soit 79,6 % de la population martiniquaise de plus de 15 ans. Cela témoigne d'un recueil de données de bonne qualité et presque quasi exhaustif de la population cible étudiée. La déclaration de médecin traitant ne s'effectue qu'à partir de 16 ans ; selon l'Insee la population martiniquaise d'âge supérieur à 15 ans est de 310 869.(23)

Parmi ces 291 médecins, 84 avaient en 2012 une patientèle MT de moins de 150 patients déclarés, ils ont été exclus de l'étude. Chez ces médecins exclus, la proportion de femmes médecins y est plus importante. Leur âge moyen est de 47,5 ans, leur installation est plus récente. Le critère d'exclusion qui visait principalement les jeunes installés a donc bien fonctionné. On note également que, parmi les médecins exclus, l'exercice urbain est plus fréquent et qu'ils réalisent en moyenne plus de visites. Cela s'explique par la présence d'une dizaine de médecins ayant un exercice de type « SOS médecin » qui ne réalisent que des visites et qui n'ont pas véritablement de patientèle propre. La ROSP n'étant pas adaptée à ce mode d'exercice spécifique, leur exclusion est appropriée.

207 médecins ont été retenus pour les analyses. Ce sont majoritairement des hommes à 63,8 %. Ils sont expérimentés avec une durée d'exercice libérale moyenne de 25 ans. Ils ont des patientèles moyennes de 1103 patients. L'ensemble de ces médecins traite 227 259 assurés soit 73,1 % de la population martiniquaise. Leur ROSP est en moyenne de 7499 €. Cette valeur importante représente 5,7 % de leurs recettes liées au paiement à l'acte.

3.1.2 Évolution du taux d'atteinte des objectifs

Rappel : Le taux d'atteinte des objectifs est le nombre de points obtenus sur le nombre de points maximal.

3.1.2.1 En Martinique

Les courbes du graphique 1 représentent la répartition des médecins généralistes en fonction de leurs taux d'atteinte des objectifs. Les moyennes annuelles, ainsi que les médianes et les écarts types, sont détaillés dans le tableau 2.

Graphique 1 : Évolution de la distribution du taux d'atteinte des objectifs de la ROSP chez les médecins généralistes en Martinique.

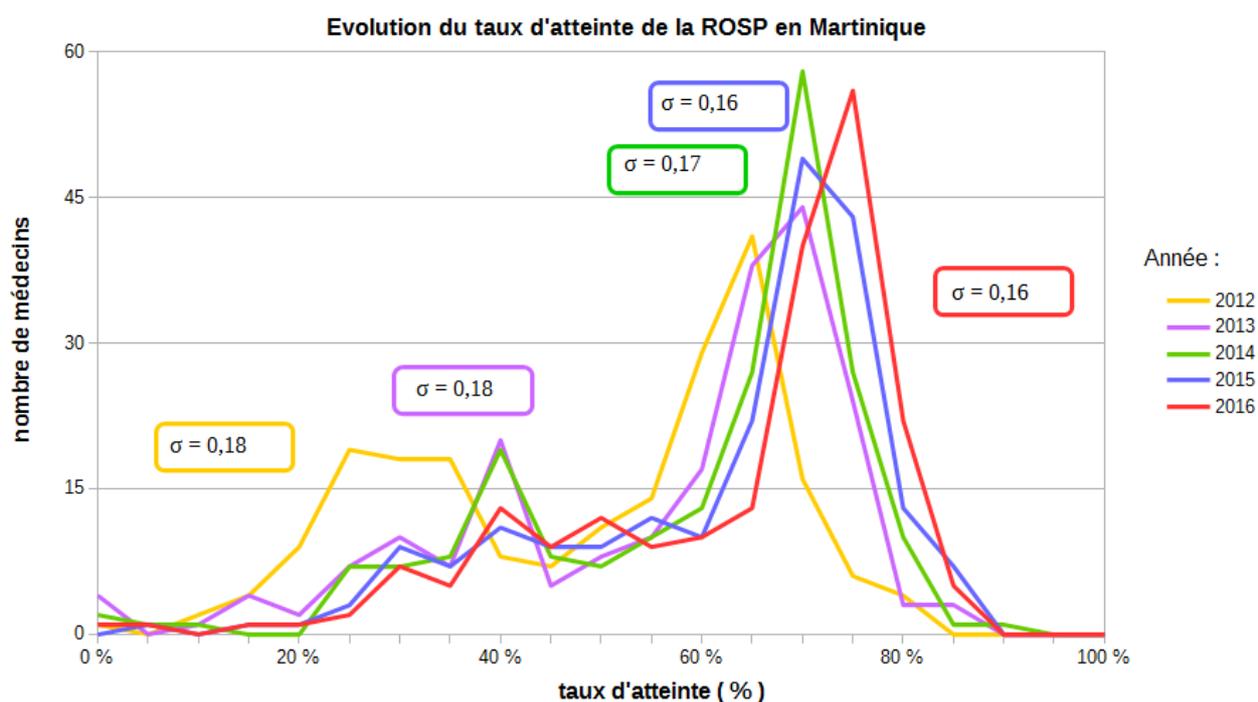


Tableau 2 : Évolution moyenne du taux d'atteinte des objectifs de la ROSP chez les médecins généralistes en Martinique

Taux d'atteinte global	2012	2013	2014	2015	2016	Progression 2012 – 2016
Moyenne	46,6 %	53,9 %	57,2 %	59,9 %	60,8 %	+ 14,2 %
IC 95 % de la moyenne	± 2,5%	± 2,5%	± 2,3%	± 2,2%	± 2,2%	± 0,7 %
Médiane	52,6 %	62,0 %	64,0 %	65,5 %	67,5 %	+ 15,0 %
Écart type	0,18	0,18	0,17	0,16	0,16	0,14

L'observation du graphique permet de formuler plusieurs remarques :

- Le taux d'atteinte global de la ROSP est en progression continue depuis la création du dispositif, avec un accroissement plus fort les premières années de sa mise en place. L'accroissement est de 14,2 % sur la période IC 95 [13,4%-14,9 %].
- La distribution des médecins se décale vers la droite au fil des années. L'amélioration concerne à la fois le niveau médian et le pic principal.
- Au fil des années, les courbes ne présentent plus qu'un pic unique. C'est l'illustration graphique de la diminution de l'écart type. On passe d'une distribution quasiment bimodale en 2012, avec une forte proportion de médecins n'atteignant que 30 % des objectifs à une distribution clairement uni-modale en 2016 où une majorité de médecins atteint près de 70 % des objectifs. Cette distribution plus homogène traduit une harmonisation des pratiques.

Le tableau 3 détaille pour chaque volet d'indicateurs les valeurs des taux d'atteinte moyens annuels.

Tableau 3 : Taux d'atteinte de la ROSP par volet en Martinique.

Volet	2012	2013	2014	2015	2016	Progression 2012-2016
Le suivi des maladies chroniques	34,0%	42,1%	45,6%	47,3%	48,2%	+ 14,2%
La prévention	43,6%	49,4%	50,2%	51,6%	50,6%	+ 7,0%
La prescription	42,9%	49,9%	53,6%	57,9%	60,4%	+ 17,5%
L'organisation du cabinet	60,3%	68,1%	72,4%	74,9%	75,6%	+ 15,3%

Cette progression est observée sur l'ensemble des quatre volets :

- Les volets « organisation du cabinet » et « efficacité de la prescription » ont connu les meilleures progressions et obtiennent les meilleurs résultats avec des valeurs de 75,6 % et 60,4 % en 2016.
- Le volet « suivi des maladies chroniques » reste faible et en dessous de la barre symbolique des 50 % malgré une bonne progression sur la période.
- Le volet prévention a connu une faible progression sur la période et atteint seulement 50,6 % des objectifs en 2016.

3.1.2.2 En France

Les données et les graphiques pour la France entière sont issus du bilan ROSP à 5 ans publié par l'Assurance Maladie en avril 2017. Ils sont repris ici pour permettre la comparaison avec les données issues de cette étude focalisée sur la Martinique.

Graphique 2 : Évolution de la distribution du taux d'atteinte des objectifs de la ROSP chez les médecins généralistes en France

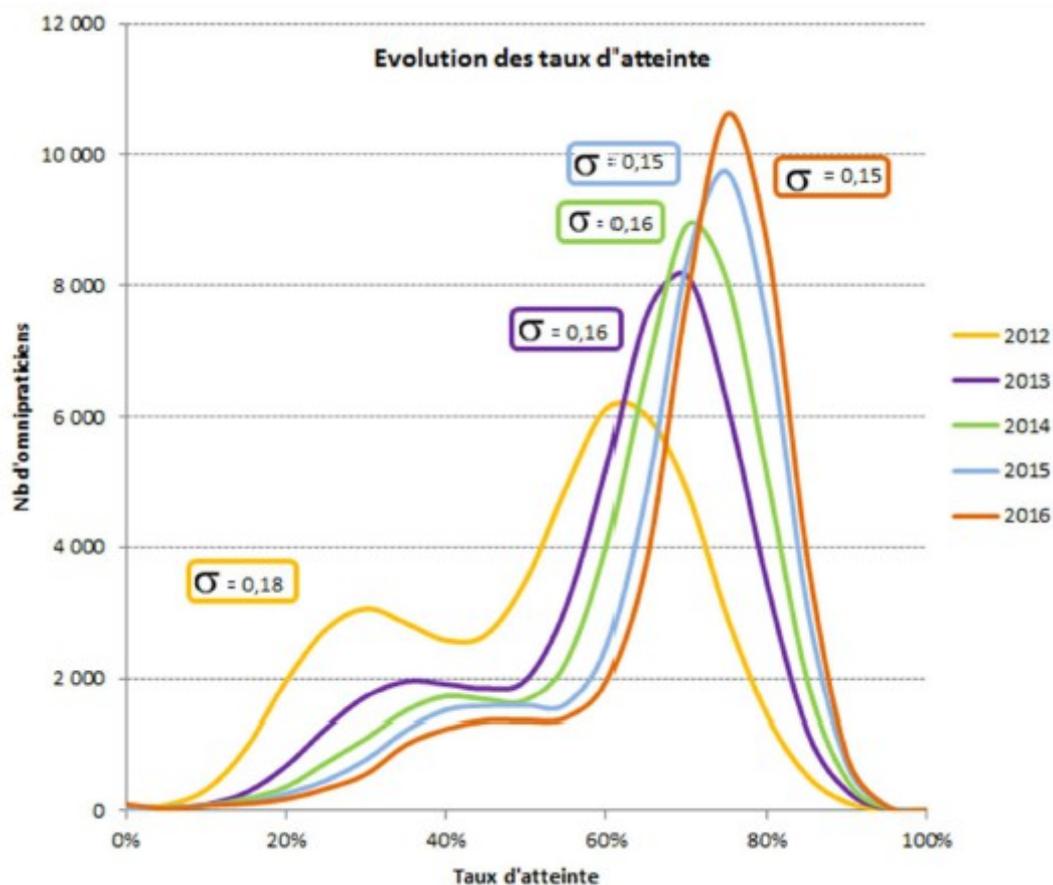


Tableau 3 : Taux d'atteinte par volet et global de la ROSP pour la France.

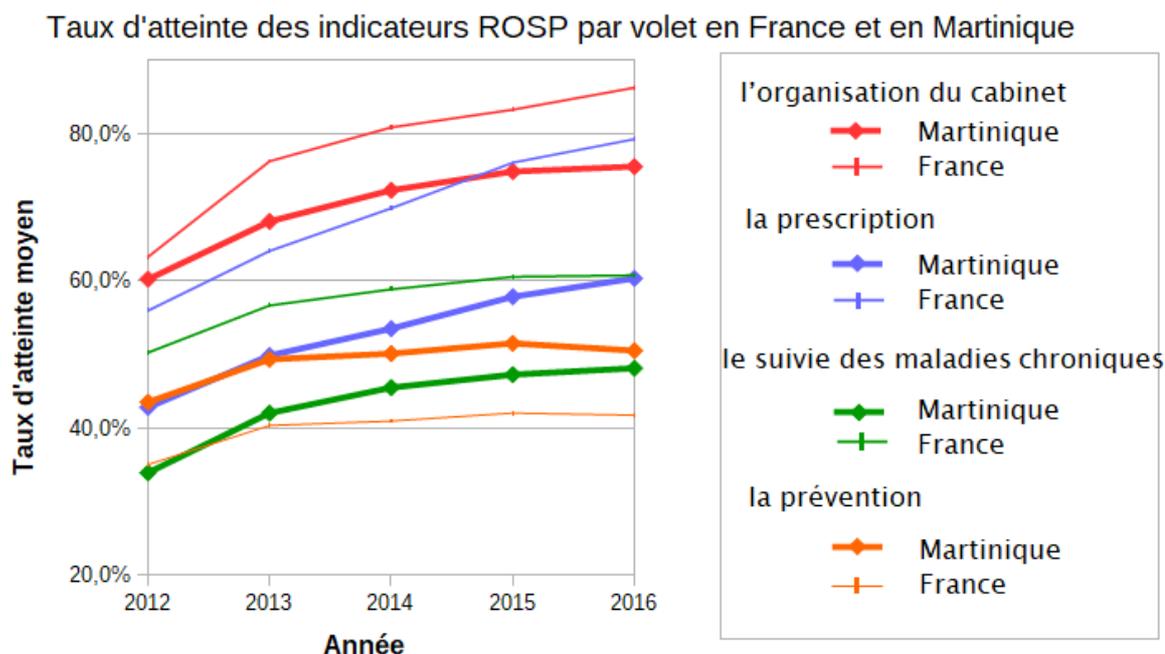
Moyenne des taux d'atteinte par volet	2012	2013	2014	2015	2016	Progression 2012 -2016
Le suivi des maladies chroniques	50,3%	56,7%	58,9%	60,6%	60,8%	+ 10,5 %
La prévention	35,1%	40,4%	41,0%	42,1%	41,8%	+ 6,7 %
La prescription	56,0%	64,1%	69,9%	76,1%	79,3%	+ 23,3 %
L'organisation du cabinet	63,3%	76,3%	80,9%	83,3%	86,3%	+ 23,0 %
Taux d'atteinte global	53 %	62 %	66 %	69 %	71 %	+ 17,5 %

3.1.2.3 Comparaison France-Martinique

Les graphiques de distribution des taux d'atteinte et les tableaux montrent de nettes similitudes dans l'évolution à l'échelle de la France entière ou de la Martinique. Dans les deux cas, la progression est continue, quoique plus forte au cours des trois premières années de mise en place du dispositif. La ROSP conduit à une harmonisation des résultats vers le haut.

Cette progression dans l'atteinte des objectifs concerne l'ensemble des quatre volets de la ROSP en France comme en Martinique.

Graphique 3 : Taux moyen d'atteinte des objectifs par volet en France et en Martinique.



Si l'allure générale des courbes est identique, deux points sont à signaler :

- Les valeurs initiales des taux d'atteinte des objectifs sont plus faibles en Martinique, ce qui traduit un décalage initial dans les pratiques médicales.
- La progression sur la période reste plus faible en Martinique (+14,2 %) qu'en France (+17 %).

Cela se traduit naturellement par un creusement des écarts entre la France et la Martinique entre 2012 et 2016.

Une exception concerne le volet « prévention » pour lequel la Martinique obtient de meilleurs taux qu'en France (courbe orange).

3.1.3 Synthèse de l'évolution des indicateurs ROSP sur les quatre volets

3.1.3.1 Suivi des maladies chroniques

Tableau 4 : Suivi des maladies chroniques, niveau de réalisation des indicateurs calculés. Les résultats pour la Martinique apparaissent en haut en noir. Pour comparaison les résultats nationaux sont repris en bleu.

Indicateurs calculés Suivi des maladies chroniques	Objectif cible	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011 – 2016
3 ou 4 dosages d'HbA1c par an chez les diabétiques	≥65 %	38,3 % 45,9 %	41,6 %	42,9 %	44,5 %	43,6 %	45,5 % 55,1 %	+ 7,2 % +9,2 %
Fond d'œil tous les deux ans chez les diabétiques	≥ 80 %	61,6 % 61,3 %	62,6 %	61,6 %	59,9 %	61,3 %	60,5 % 62,7 %	- 1,0 % + 1,3 %
Statine chez les diabétiques âgés hypertendus	≥ 75 %	47,2 % 58,3 %	48,3 %	48,0 %	48,3 %	47,5 %	46,7 % 59,3 %	- 0,5 % +1,0 %
Aspirine faible dosage chez les diabétiques à haut risque cardio- vasculaire	≥ 65 %	36,2 % 51,6 %	38,0 %	41,3 %	40,9 %	42,2 %	42,3 % 60 %	+ 6,1 % +8,4 %

Ce tableau permet de constater que :

- Le suivi des patients diabétiques évolue sensiblement de la même façon en Martinique et sur la France entière avec toutefois des niveaux plus faibles en Martinique.
- L'amélioration est notable pour le dosage trimestriel de l'hémoglobine glyquée ainsi que pour la prévention secondaire par aspirine chez les diabétiques à haut risque cardiovasculaire.
- Les indicateurs liés à la prévention par statine et aux examens biannuels du fond d'œil stagnent au niveau national et baissent un peu en Martinique.
- Le niveau de réalisation des examens de fond d'œil est identique en Martinique et sur la France malgré une offre de soins ophtalmologiques plus limitée.

Le tableau suivant est présenté à part car il correspond aux données déclarées par les médecins sans aucune validation de la Sécurité Sociale.

Tableau 5 : Suivi des maladies chroniques, indicateurs déclaratifs.

Indicateurs déclarés Suivi des maladies chroniques	2012	2013	2014	2015	2016
HbA1c < 8,5 % chez les diabétiques	79,7%	83,3%	85,3%	86,5%	86,8%
HbA1c < 7,5 % chez les diabétiques	66,3%	71,2%	75,9%	78,1%	79,9%
LDL < 1,5 g/l chez les diabétiques	78,5%	81,0%	84,5%	85,2%	85,5%
LDL < 1,3 g/l chez les diabétiques	67,8%	71,4%	76,1%	77,6%	79,5%
Hypertendus dont la tension est contrôlée : TA < 140/90 mmHg	72,1%	78,6%	82,3%	85,4%	85,3%

Les taux déclarés par les médecins sont excellents ! Le contrôle de la tension est de 85 % chez les hypertendus sous traitement. Dans son bilan de la ROSP, la CNAMTS présente des résultats nationaux tout aussi spectaculaires, sans le moindre commentaire.

En 2014, les médecins généralistes déclaraient 82 % de contrôle de l'hypertension chez leurs patients hypertendus. La même année, dans une étude sur la prévalence de l'hypertension dans les territoires d'Outre-mer, les auteurs évaluaient le contrôle sous traitement de l'hypertension à 54 % pour la Martinique (1).

Il n'est pas improbable que les médecins généralistes, appelés à fournir une estimation globale, aient surestimé les valeurs concernant le contrôle des objectifs thérapeutiques de leurs patients.

Compte tenu du biais probable, les indicateurs déclaratifs sont peu interprétables. Ils n'ont pas été pris en compte pour l'analyse principale.

3.1.3.2 Volet prévention

Tableau 6 : Évolution des indicateurs de prévention du risque iatrogène. Pour comparaison les résultats nationaux sont repris en bleu.

Indicateurs calculés Prévention	Objectif cible	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011 2016
Vasodilatateurs chez les patients de plus de 65 ans	≤ 5%	17,3 % 10,6 %	9,4 %	1,5 %	1,4 %	1,5 %	1,3 % 0,9 %	- 16,0 % -9,6 %
Benzodiazépines à demi-vie longue chez les patients de plus de 65 ans	≤ 5%	6,7 % 13,7 %	6,4 %	6,0 %	5,7 %	5,4 %	5,3 % 9,6 %	- 1,4 % - 4,1 %
Durée de traitement par Benzodiazépines supérieure à 12 semaines	≤ 12%	7,9 % 15,0 %	9,8 %	8,6 %	8,7 %	8,4 %	7,9 % 14,3 %	Stable - 0,7
Taux de prescriptions d'antibiotiques chez les 16 à 65 ans sans ALD	≤ 37 %	22,7 % 45,7 %	21,7 %	22,3 %	19,4 %	18,7 %	17,8 % 38,6 %	- 5,0 % -7,1 %

Les indicateurs portant sur le risque iatrogène ont des objectifs à la baisse. Une diminution des taux signifie une amélioration des pratiques.

La Martinique obtient de très bons résultats sur les indicateurs portant sur la prévention des risques liés à la iatrogénie. Les taux observés en Martinique sont inférieurs aux objectifs cibles.

La diminution importante des vasodilatateurs a été favorisée par le dé-remboursement de cette classe pharmacologique.

La comparaison avec le niveau national fournit une information : la prescription d'antibiotiques en Martinique est deux fois moindre qu'en France !

Tableau 7: Évolution des indicateurs de vaccination anti grippale et dépistage des cancers gynécologiques. *Pour comparaison les résultats nationaux sont repris en bleu.*

Indicateurs calculés Prévention	Objectif cible	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2011 - 2016
Patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe	≥ 75 %	21,8 %	20,6 %	19,8 %	18,0 %	17,7 %	16,8 %	- 5,0 %
		57,8 %				52,7 %		- 5,1 %
Patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés contre la grippe	≥ 75 %	11,1 %	11,3 %	11,3 %	10,2 %	10,7 %	10,9 %	- 0,2 %
		35,4 %				33,7 %		-1,7 %
Mammographie tous les 2 ans chez les femmes de 50 à 74 ans	≥ 80 %	59,2 %	58,8 %	58,6 %	58,5 %	59,8 %	57,7 %	- 1,4 %
		64,9 %				62,3 %		-2,6 %
Frottis tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans	≥ 80 %	44,2 %	44,1 %	41,8 %	37,6 %	41,1 %	41,3 %	- 2,9 %
		58,7 %				55,9 %		-2,8 %

En Martinique tout comme en France les indicateurs portant sur le dépistage et la vaccination n'arrivent pas au niveau attendu et n'évoluent pas dans le bon sens.

Le constat d'un niveau de couverture vaccinale anti-grippale très faible en Martinique est alarmant. La Martinique a des taux de vaccination anti-grippale particulièrement bas aussi bien chez les sujets âgés que chez les patients jeunes avec recommandation vaccinale.

Même le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui n'est pas soumis à controverse, est lui aussi à un niveau très bas. La ROSP ne semble pas avoir eu l'effet escompté sur ces aspects médicaux.

3.1.3.3 Volet efficience des prescriptions

Tableau 8 : Évolution des indicateurs du volet efficience de la prescription. Pour comparaison les résultats nationaux sont repris en bleu.

Indicateurs calculés Efficience	Objectif cible	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2011-2016
Antibiotiques génériques	≥ 90 %	72,8 % 78,6 %	76,2 %	76,6 %	76,2 %	77,9 %	78,3 % 85,9 %	+ 5,5 % +7,4 %
IPP génériques	≥ 85 %	70,5 % 71,3 %	80,7 %	94,8 %	99,0 %	99,9 %	99,9 % 99,9 %	+ 29,4 % +28,6 %
Statines génériques	≥ 70 %	31,2 % 38,2 %	54,8 %	72,1 %	73,9 %	78,5 %	80,2 % 71,8 %	+ 49,0 % +33,6 %
Anti-hypertenseurs génériques	≥ 65 %	57,2 % 64,1 %	69,2 %	79,7 %	82,0 %	82,7 %	82,4 % 83,2 %	+ 25,2 % +19,1 %
Antidépresseurs génériques	≥ 80 %	61,8 % 66,0 %	60,3 %	58,0 %	67,8 %	79,6 %	89,0 % 91,5 %	+ 27,3 % 25,5 %
IEC sur total d'IEC et de sartans	≥ 65 %	28,3 % 39,4 %	27,6 %	28,3 %	28,9 %	29,6 %	30,5 % 44 %	+ 2,2 % +4,6 %
Aspirine sur total d'antiagrégants plaquettaires	≥ 85 %	64,1 % 82,0 %	67,3 %	68,2 %	69,3 %	70,1 %	71,4 % 87,2 %	+ 7,3 % +5,2 %

Les indicateurs du volet efficience de la prescription sont des indicateurs qui visent à faire diminuer le coût des prescriptions. Ils encouragent la prescription de molécules disponibles sous une forme générique ainsi que la prescription des molécules les moins onéreuses au sein d'une famille ayant le même mode d'action. Inciter les médecins à réduire le coût de leurs prescriptions est bien sûr un des rôles de la Sécurité Sociale puisqu'elle a la charge des remboursements. En revanche, cela n'améliore pas la qualité des soins concernés. Hormis les économies engendrées, cela n'a pas d'impact direct en termes de santé publique.

Il convient d'observer que les objectifs sont globalement bien atteints, en Martinique comme en France. L'évolution importante dans certaines classes thérapeutiques a été favorisée par la mise sur le marché de nouveaux génériques.

Contrairement à la France, la prescription d'IEC par rapport aux sartans n'est pas un indicateur pertinent pour la Martinique. L'efficacité des IEC est réputée réduite chez les sujets noirs. Il est donc normal de constater une utilisation plus fréquente des sartans.

3.1.3.4 Les indicateurs d'organisation du cabinet

Les indicateurs d'organisation concernent principalement l'équipement numérique du cabinet. Il n'y a pas d'objectif cible à atteindre : soit le praticien est équipé, soit il ne l'est pas. La Sécurité Sociale n'est pas à même de connaître l'équipement des médecins. Il faut que ceux-ci fassent la démarche de transmettre ces informations et les justificatifs correspondants à la Sécurité Sociale. Les personnes qui n'ont pas transmis ces informations sont comptabilisées comme des personnes n'étant pas équipées.

Les pourcentages indiqués dans le tableau traduisent donc le pourcentage de médecins répondant à l'intitulé de l'item.

Tableau 9 : Proportion de médecins répondant aux exigences d'organisation du cabinet de la ROSP.

Indicateurs organisation du cabinet	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Utilisation de dossiers médicaux informatisés (sur justificatif)	58,0% 73 %	66,7% 80 %	72,0%	73,4%	74,9%	+ 16,9%
Utilisation d'un logiciel certifié d'aide à la prescription (sur justificatif)	56,5% 64 %	64,7%	70,5%	72,0% 78 %	73,4%	+ 16,9%
Usage des téléservices de la Sécurité Sociale (calculé)	66,2% 67 %	69,1% 71 %	67,1%	71,5%	73,4%	+ 7,2%
Affichage des horaires et du mode d'organisation du cabinet (déclaré)	69,1% 87 %	76,3%	84,5%	87,0% 95 %	87,4%	+ 18,4%
Mise à la disposition des patients d'une synthèse annuelle de leur dossier (sur justificatif)	62,8% 71 %	71,5%	74,9%	77,8%	78,7% 84 %	+ 15,9%

Les données nationales explicites n'ont pas été fournies par la CNAMTS au-delà de l'année 2013

Ce volet est celui qui a connu la plus forte croissance sur la période. Cette croissance est l'addition de deux phénomènes : l'augmentation du taux d'équipement des cabinets qui est l'effet recherché mais aussi l'augmentation du taux de réponses aux indicateurs déclaratifs qui induit un biais.

De tous les indicateurs de la ROSP, ceux du volet d'organisation semblent être les plus faciles à remplir. Ils ne dépendent pas des compétences médicales du praticien mais uniquement de son acceptation de l'outil informatique. Malgré ces résultats positifs, il est surprenant de noter, qu'en 2016, 25 % des médecins généralistes de Martinique demeurent réticents à l'informatisation du dossier médical des patients.

3.1.4 Les rémunérations versées aux médecins

Tableau 10 : Évolution du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique reversé au médecin.

	2012	2013	2014	2015	2016
Rémunération moyenne Martinique	5 009 €	6 248 €	6 777 €	7 193 €	7 499 €
Rémunération moyenne France	5 365 €	5 774 €	6 264 €	6 756 €	6 983 €
Taux moyen d'atteinte des objectifs Martinique	46,6 %	53,9 %	57,2 %	59,9 %	60,8 %
Taux moyen d'atteinte des objectifs France	53 %	62 %	66 %	69 %	71 %
Patientèle moyenne déclarée au titre du dispositif médecin traitant Martinique	972	1024	1058	1094	1103

Tandis que les taux d'atteinte des objectifs n'a progressé que de 14,2 %, la rémunération (ROSP) moyenne des médecins généralistes en Martinique a augmenté de 49,7 % en 5 ans soit + 2490 €.

On observera que la rémunération moyenne en Martinique est légèrement supérieure à la moyenne nationale, alors même que les objectifs sont moins bien atteints en Martinique.

Le second moteur de la croissance de la rémunération est l'augmentation constante du nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant. En effet, le calcul final de la rémunération prend en compte la taille de la patientèle selon le rapport

$$\frac{\text{nombre de patients}}{800} \cdot$$

Plus un médecin a de patients le déclarant comme médecin traitant, plus sa ROSP est importante.

3.1.5 Évaluation de l'adhésion des médecins à la ROSP

L'adhésion des médecins à la ROSP est tacite. Le calcul de 20 indicateurs sur les 29 existants est automatique. Tous les médecins perçoivent une ROSP même s'ils ont une opinion défavorable du dispositif. Pour quantifier l'adhésion des médecins à la ROSP, il n'existe pas d'indicateur direct et explicite. La Sécurité Sociale a demandé une enquête à l'institut de sondage BVA en décembre 2013.

Dans notre étude, l'adhésion des médecins au dispositif a été estimée à partir des données des indicateurs déclaratifs. La transmission (non obligatoire) des informations sur les indicateurs déclaratifs témoigne d'une adhésion au dispositif.

Les médecins n'ayant transmis aucun des 9 indicateurs déclaratifs à la Sécurité Sociale montrent leur désintérêt ou leur méconnaissance du dispositif. Les médecins ayant renseigné tous les critères témoignent d'une adhésion et d'une acceptation totale du dispositif. Enfin les médecins ayant transmis au moins une donnée déclarative adhèrent au moins en partie à la ROSP.

Tableau 11 : Évaluation de l'adhésion explicite des médecins à la ROSP

Nombre de médecins : 207	2012	2013	2014	2015	2016
Aucun indicateur déclaratif renseigné : non-adhésion au dispositif.	54 26,1%	32 14,5%	21 10,1%	17 8,2%	17 8,2%
Médecins renseignant au moins un indicateur déclaratif : adhésion partielle au dispositif	153 73,9 %	175 85,5%	186 89,9%	190 91,8%	190 91,8%
Médecins renseignant tous les indicateurs déclaratifs : adhésion totale	98 47,3%	121 58,5%	165 65,2%	137 66,2%	126 60,9%

L'intérêt de la ROSP a convaincu les médecins au fil des années puisqu'ils sont de plus en plus nombreux à adhérer effectivement au dispositif.

Le nombre de médecins qui n'adhèrent pas est en nette diminution sur la période. La proportion de médecins **qui ne renseignent aucun des indicateurs déclaratifs est passée de 26,1 % en 2012 à moins 8,2 % en 2016.**

En 2016, 91,8 % des médecins généralistes de Martinique participe au recueil de données exigé par la CNAM pour le calcul de leur ROSP.

De la même manière, le nombre de médecins qui répondent à tous les critères déclaratifs de la ROSP est passé de 47,3 % à 60,9 %.

3.1.6 Conclusion des analyses préliminaires « bilan de la ROSP en Martinique »

Il convient d'observer que les **indicateurs ROSP évoluent de manière semblable en France et en Martinique, avec toutefois un niveau d'atteinte des résultats plus faible en Martinique.**

Les indicateurs des volets organisation du cabinet et efficacité de la prescription se sont rapidement améliorés. En revanche, les mesures du suivi des pathologies chroniques et de la prévention n'ont pas connu la même progression.

Cette différence vient du fait qu'il y a des adaptations et évolutions simples à mettre en œuvre pour se conformer aux objectifs de la ROSP. Ainsi, s'équiper d'un logiciel certifié, prescrire un médicament générique ne dépendent que de la volonté du médecin. Le suivi de pathologies chroniques nécessite la coopération des patients et leur adhésion au changement. Le médecin reste force de proposition pour l'atteinte des objectifs mais il doit aussi réussir à convaincre ses patients du bien fondé des changements proposés.

On notera par ailleurs que les indicateurs portant sur la iatrogénie sont bien meilleurs en Martinique qu'en France. L'explication tient peut-être de la moindre densité médicale. Moins de médecins signifie moins de prescriptions et donc moins de prescriptions inappropriées. Une plus grande méfiance des médicaments en Martinique et le recours plus fréquent à une pharmacopée traditionnelle, pourrait également expliquer les faibles valeurs de ces indicateurs.

Les résultats déclarés par les médecins généralistes sur le contrôle des objectifs glycémiques et lipidiques du diabète ainsi que du contrôle des objectifs tensionnels dans l'hypertension sont très bons. Peut-être un peu trop bons pour ne pas attirer de suspicion. Par souci de rigueur, l'analyse principale ne tient pas compte du niveau de ces indicateurs déclaratifs.

La ROSP représente un bonus équivalent à 5,6 % de la rémunération à l'acte traditionnelle. La ROSP versée aux médecins généralistes de Martinique est supérieure à la moyenne nationale, alors même que les scores sont meilleurs au niveau national. La formule de calcul qui pondère la rémunération en fonction de la taille de la patientèle pourrait expliquer ce paradoxe. Il est probable que les médecins martiniquais traitent plus de patients que les médecins de l'hexagone.

En trois ans la ROSP a su convaincre les médecins de son utilité puisque 91,8 % des médecins ont participé au recueil de données lors de l'année 2016 en renseignant au moins un critère déclaratif.

3.1.7 Justification des analyses intermédiaires et principale

Après avoir établi ce premier bilan portant sur les spécificités de la Martinique, conforme aux analyses faites au niveau national, il est intéressant de porter un autre regard pour mieux évaluer l'intérêt de la ROSP.

- **Comment les améliorations induites par la ROSP se traduisent-elles en termes de santé publique ?**
- **Constatant que la rémunération des médecins est supérieure en Martinique qu'en France avec des taux d'atteinte moindres, quel est le facteur prépondérant dans le calcul du montant de la ROSP : la taille de la patientèle ou la qualité des pratiques ?**
- **L'amélioration globale des pratiques constatée au cours de la période est-elle due à la ROSP ou est-elle aussi l'effet de facteurs de confusion ?**

Les volets efficacité de la prescription et organisation du cabinet ont connu de bonnes améliorations. Ceci est peut-être lié à des facteurs externes à la ROSP comme la mise sur le marché de nouveaux médicaments génériques ou l'informatisation qui se généralise en tout domaines.

Le bilan de l'amélioration des pratiques induites par la ROSP ne peut se faire que par comparaison avec ce qu'aurait été l'évolution naturelle, spontanée ou conjoncturelle des pratiques sans la ROSP.

3.2 Quelles améliorations en termes de santé publique ?

3.2.1 Résultats

Les objectifs fixés par la ROSP connaissent une amélioration continue sur la période. Quelle est la traduction de cette amélioration sur la santé de la population martiniquaise ?

Cette analyse se propose de porter un regard sur la population martiniquaise dans son ensemble et non plus à l'échelle de la patientèle d'un médecin. L'analyse préliminaire a déterminé les taux moyens observés pour chaque médecin. Cette analyse s'intéresse aux variations des taux observés directement dans la population. Ces deux approches se différencient du fait que les patientèles des différents médecins ne sont pas égales.

Le nombre de patients répondant aux items de la ROSP est connu pour l'année 2011 et l'année 2016.

Les données de 2016 portent sur une population de 247 529 assurés sociaux ayant déclaré l'un des 291 médecins de notre étude comme médecin traitant. Les données de 2011 portent sur la population d'assurés sociaux ayant déclaré en 2011 l'un des 291 médecins de notre étude comme médecin traitant. La taille de cette population n'est pas disponible dans notre base. Nous disposons de l'information pour l'année 2012. En 2012 cette population était de 201 125 assurés sociaux. Comme les populations de patients ne sont pas stables dans le temps, une estimation du nombre de patients impactés par l'évolution des pratiques a été déterminée à partir d'une hypothèse de stabilité des populations au cours du temps.

Tableau 12 : Bénéfice en termes de santé publique de la ROSP en Martinique.

	Numérateur 2011	Dénominateur 2011	% 2011	Numérateur 2016	Dénominateur 2016	% 2016	Évolution 2011-2016 %	Estimation de l'évolution du nombre de patients impactés
3 ou 4 dosages de l'HbA1c par an chez les diabétiques	6 712	16 776	40,0%	10 135	21 201	47,8%	+ 7,8%	+ 1 653
Examen du fond d'œil /2 ans chez les diabétiques	10 371	16 776	61,8%	12 895	21 201	60,8%	- 1,0%	- 212
Statine chez les diabétiques à haut risque cardio-vasculaire	5 018	10 228	49,1%	6 445	13 104	49,2%	+0,1%	+ 16
Aspirine chez les diabétiques à très haut risque cardio-vasculaire	1 910	4 999	38,2%	2 795	6 447	43,4%	+ 5,1%	+ 332
Vaccin grippe chez les > 65 ans	7 178	33 328	21,5%	7 092	41 913	16,9%	- 4,6%	- 1 935
Vaccin grippe chez les ALD concernés	866	7 529	11,5%	1 119	10 767	10,4%	- 1,1%	- 119
Mammographie (<2ans) chez les femmes de 50 à 74 ans	19 125	32 387	59,1%	25 300	43 410	58,3%	- 0,8%	- 334
Frottis (<3ans) femmes de 25 à 65 ans	27 721	63 513	43,6%	30 645	73 600	41,6%	-2,0%	- 1 479
Vasodilatateurs chez les > 65 ans	5 406	31 419	17,2%	494	39 824	1,2%	- 16,0%	- 6 358
BZD à 1/2 vie longue chez les > 65 ans	2 159	31 419	6,9%	2 057	39 824	5,2%	- 1,7%	- 680
Traitement par BZD > à 12 semaines	805	11 221	7,2%	904	11 970	7,6%	+ 0,4%	+ 45
Antibiothérapie dans l'année chez les patients de 16 à 65 ans sans ALD.	21 173	91 270	23,2%	19 827	107 433	18,5%	- 4,7%	- 5 096

Le numérateur représente le nombre de patients au sein d'une population ciblée (sujet âgé, diabétique, ...) qui répondent à l'objectif de soin (vacciné, bon suivi de l'HbA1c) . Le dénominateur fournit le nombre total de patients de la population ciblée.

Le tableau précédent permet d'apprécier les principales évolutions observées sur la population martiniquaise entre 2011 (c'est-à-dire juste avant la mise en place de la ROSP) et 2016.

En 2011, parmi les 16 776 patients diabétiques (en ALD) de Martinique il y en avait 6 712 qui avaient réalisé 3 ou 4 dosages de l'HbA1c soit 40 %. En 2016 ils étaient 10 135 parmi les 21 201 patients diabétiques à réaliser les dosages recommandés soit 47,8 %. L'évolution est donc de +7,8 % de réalisation du dosage d'HbA1c entre 2016 et 2011. Si l'on considère que la prévalence du diabète est la même entre 2011 et 2016, le nombre de patients impactés par l'évolution des pratiques est 7,8 % de 21 201 soit 1 653.

Évolution dans le sens d'une amélioration de la santé publique :

- 1 653 patients diabétiques supplémentaires réalisent les dosages recommandés d'HbA1c.
- 332 patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire de plus ont un traitement par statines.
- Il y a une quasi-disparition de la prescription de vasodilatateurs chez les sujets âgés.
- 680 patients âgés e, moins ont un traitement par benzodiazépine à demi-vie longue.
- 5 096 patients jeunes et n'étant pas en ALD en moins reçoivent un traitement antibiotique.

Évolutions qui correspondent plutôt à une dégradation :

- 212 diabétiques en moins qui réalisent leur fond d'œil annuel.
- 1935 patients âgés en moins se font vacciner pour la grippe. Cela concerne également 119 patients jeunes ayant une ALD avec recommandation vaccinale de moins.
- 334 femmes en moins participent au dépistage organisé du cancer du sein.
- 1479 femmes en moins réalisent le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Note : Le rapport du dénominateur sur la population totale des patients de notre étude permet également de faire le calcul de la prévalence de la pathologie en Martinique. Par exemple pour le diabète, notre étude retrouve une prévalence de $21\,201 / 247\,529 = 8,6 \%$ en 2016 en Martinique.

3.2.2 Conclusion

Le taux d'atteinte global est une valeur abstraite voire artificielle qui agrège les données de 29 indicateurs disparates, avec des poids différents, portant sur des critères cliniques, économiques et d'équipement informatique.

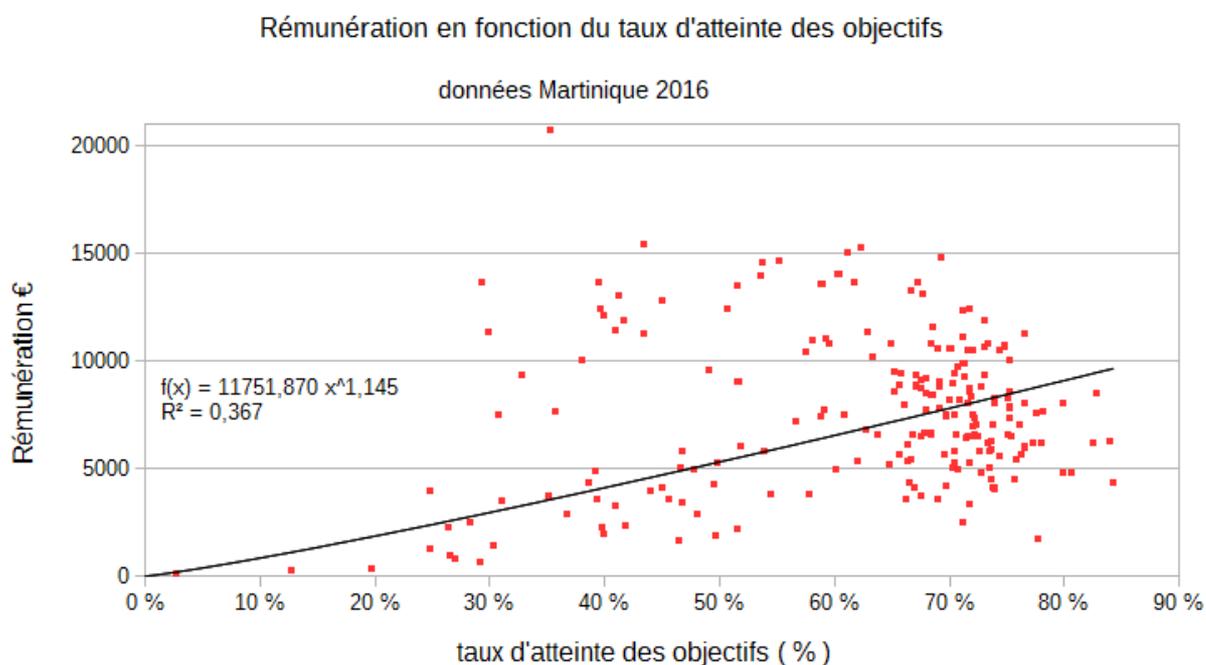
Donner l'estimation du gain en nombre de patients suivis, traités, dépistés, vaccinés ou épargnés en 2016 par rapport à 2011 est une manière beaucoup plus concrète de représenter les résultats de la ROSP. Les valeurs présentées ici sont plus parlantes et permettent plus facilement à un médecin d'estimer les modifications en termes de santé publique.

On peut rester perplexe devant ces résultats car il n'est pas aisé d'en tirer une conclusion manichéenne. Il est difficile de mettre dans la même balance des dosages d'hémoglobine glyquée réalisés en plus avec des dépistages par frottis en moins. Cette analyse nous invite à relativiser l'augmentation du taux d'atteinte qui n'a pas de traduction clinique univoque.

3.3 Montant de la ROSP : prime à la qualité, prime à la quantité ?

3.3.1 Résultats

Graphique 4 : Rémunération en fonction du taux d'atteinte des objectifs

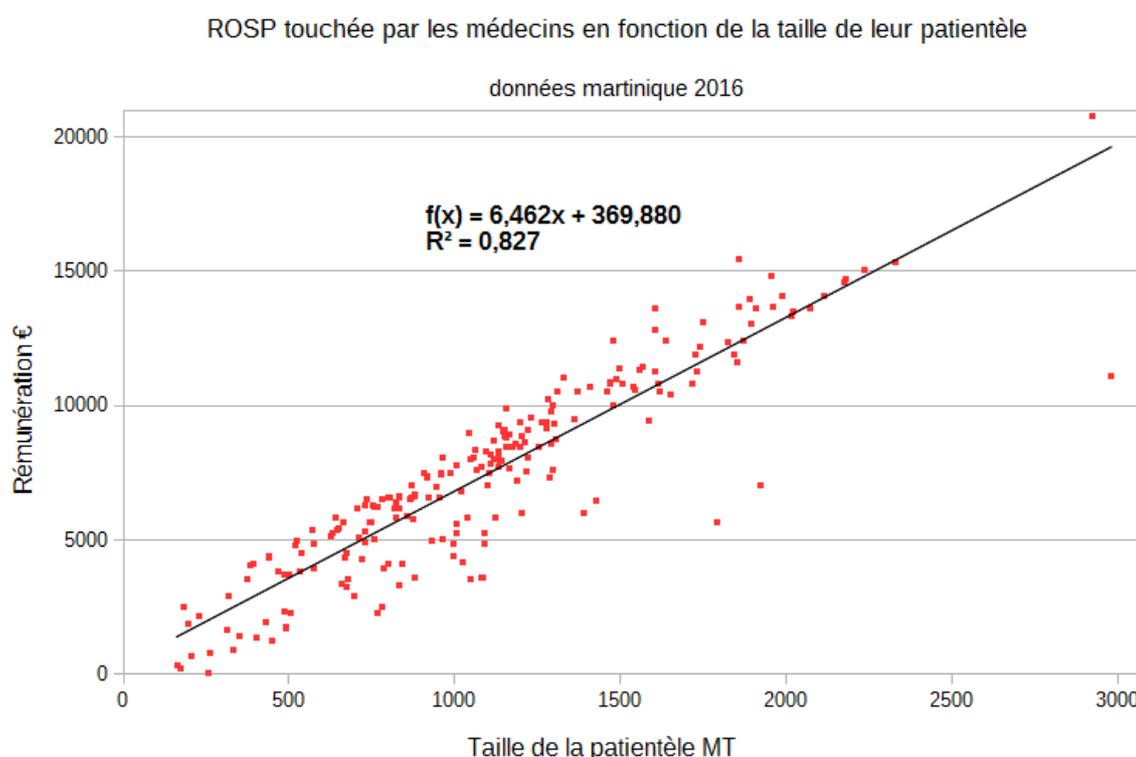


Dans ce graphique, chaque médecin est représenté par un point positionné sur l'axe des abscisses par rapport à son taux d'atteinte des objectifs et sur l'axe des ordonnées par le montant de la ROSP obtenue pour l'année 2016.

Il y a une concentration des médecins dans la zone comprise entre 5000 € et 10 000 € des rémunérations et entre 60 et 80 % de taux d'atteinte des objectifs. La concentration des médecins autour de la valeur de 70 % de taux d'atteinte des objectifs avait déjà été observée dans le graphique 1, cela correspondait au pic rouge. Cependant le nuage de points met en évidence une assez grande dispersion des données. Il ne semble pas exister de corrélation forte entre la taille de la patientèle et le taux d'atteinte des objectifs : les points sont éloignés de la courbe de tendance.

Le coefficient de corrélation (R^2) de cette courbe est faible.

Graphique 5 : Rémunération en fonction de la taille de la patientèle



Dans ce graphique, l'axe des abscisses représente la taille de la patientèle de chaque médecin et celui des ordonnées le montant de la ROSP obtenue pour l'année 2016.

Le nuage de points a un aspect linéaire assez marqué. La courbe de tendance linéaire est facilement représentable. Le coefficient de corrélation (R^2) est fort : 0,82. Il y a une assez bonne corrélation linéaire entre la rémunération perçue et la taille de la patientèle.

3.3.2 Conclusion

L'absence de corrélation entre l'atteinte des objectifs et le montant de la rémunération perçue est assez surprenante voire déstabilisante. Une réflexion rapide conduirait à penser que pour être incitatif, le montant de la ROSP devrait dépendre assez directement du niveau d'atteinte des objectifs. Pourtant, bien que les objectifs fassent partie de la formule de calcul, la rémunération versée au médecin est principalement déterminée par la taille de la patientèle.

La ROSP semble plus se comporter comme un forfait de 6,5€ par patient que comme une rémunération sur l'atteinte d'objectifs de santé publique.

3.4 Analyse principale : mesure de l'effet propre de la ROSP sur l'évolution des pratiques.

3.4.1 Taux d'atteinte de la ROSP en fonction de l'adhésion chaque année.

La mesure de l'effet propre de la ROSP a été effectuée en comparant l'évolution des pratiques chez les médecins qui sont influencés par la ROSP puisqu'ils déclarent au moins un indicateur déclaratif avec l'évolution des pratiques des médecins qui n'en ont déclaré aucun sur l'année concernée. On considère qu'ils ne sont pas influencés par la ROSP puisqu'ils ne semblent pas s'en préoccuper.

Comme les indicateurs déclaratifs ont servi à constituer les deux populations, ils n'ont pas été pris en compte pour le calcul du taux d'atteinte de l'analyse principale. D'autant plus que ces valeurs déclaratives souffrent d'un manque d'objectivité. L'évolution des pratiques est mesuré par le taux d'atteinte des seuls indicateurs ROSP automatiquement calculés par la CNAM sans intervention du médecin.

Graphique 6 : Atteinte de la ROSP en fonction de la transmission d'indicateurs déclaratifs

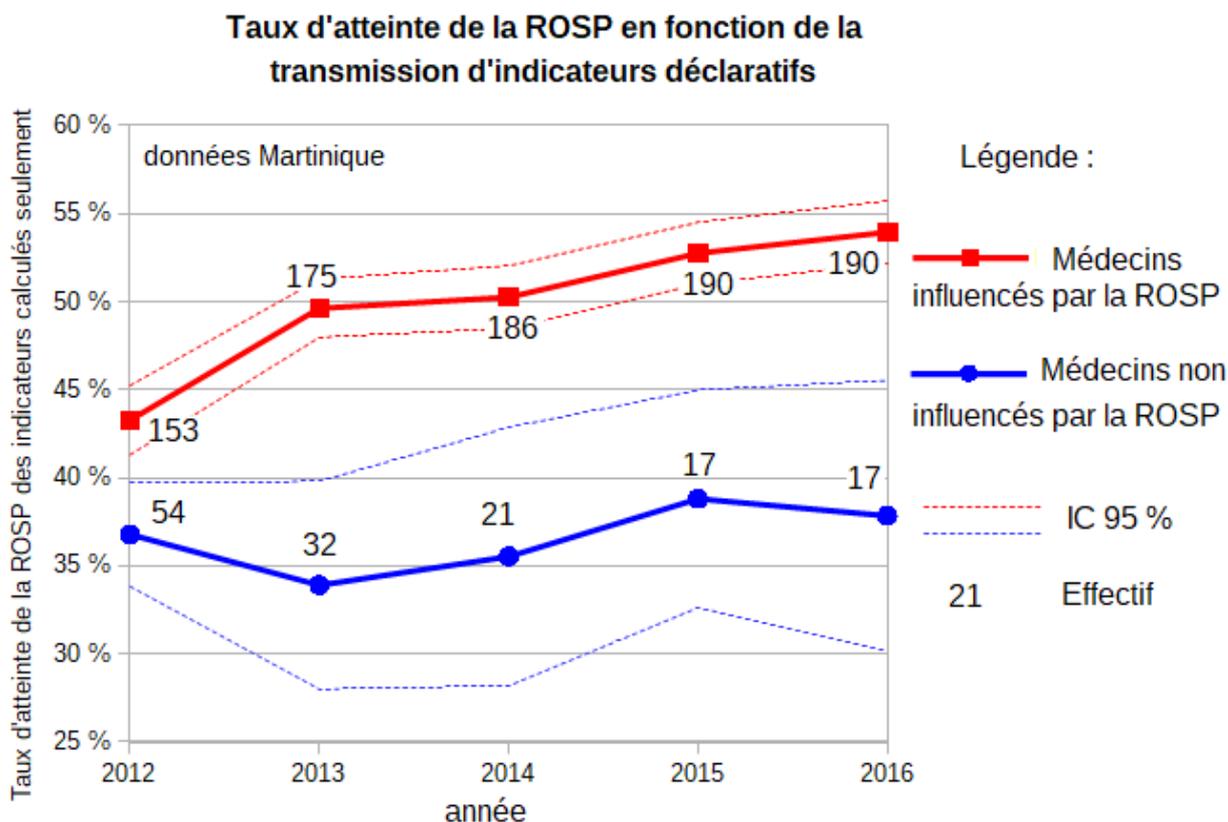


Tableau 13 : Atteinte de la ROSP en fonction de la transmission d'indicateurs déclaratifs

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Médecins influencés par la ROSP					
Effectif	153	175	186	190	190
Moyenne	43,3 %	49,6 %	50,3 %	52,8 %	53,9 %
IC 95 %	± 2,0 %	± 1,7 %	± 1,8 %	± 1,8 %	± 1,8 %
Médecins non influencés par la ROSP					
Effectifs	54	32	21	17	17
Moyenne	36,8 %	33,9 %	35,5 %	38,8 %	37,8 %
IC 95 %	± 2,9 %	± 5,9 %	± 7,3 %	± 6,2 %	± 7,7

On constate que la population des médecins influencés par la ROSP obtient systématiquement des résultats meilleurs que la population de médecins non influencés par le dispositif. Les résultats sont significatifs car les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchent pas.

La courbe de progression semble plus importante chez les médecins qui adhèrent au dispositif. L'augmentation est de l'ordre de 10 % chez les médecins qui sont influencés par la ROSP et semble stable dans le groupe des médecins qui ne sont pas influencés par la ROSP. Cependant on ne peut pas en toute rigueur comparer l'évolution du taux d'atteinte au cours du temps car les populations de médecins ne sont pas fixes : un médecin peut n'avoir déclaré aucun indicateur une année et les avoir tous déclarés l'année suivante, ce qui viendrait à le faire changer de population.

3.4.2 Évolution du taux d'atteinte de la ROSP en fonction du degré d'adhésion au dispositif

3.4.2.1 Constitution des deux groupes

Pour mesurer avec plus de rigueur l'évolution au cours du temps des pratiques induites par la ROSP, il est nécessaire d'avoir des populations fixes sur la période concernée. Compte tenu de l'adhésion importante des médecins à la ROSP, il n'a pas été possible de constituer un groupe témoin de médecins n'ayant jamais répondu à aucun indicateur déclaratif : les effectifs auraient été trop faibles et seule une petite proportion de médecins aurait été réellement incluse dans l'analyse principale. Il a été décidé de constituer ces populations fixes à partir du critère dichotomique suivant « tous les indicateurs déclaratifs ont été transmis entre 2012-2016 » : Oui / Non. Deux groupes bien distincts et stables ont donc été constitués :

- Ceux des médecins qui adhèrent totalement à la ROSP et qui ont déclaré tous les indicateurs déclaratifs pendant les 5 années. C'est le groupe exposé, on suppose qu'ils sont fortement influencés par la ROSP.
- Ceux des médecins qui ont eu une adhésion partielle à la ROSP ou variable au cours du temps, voire pas d'adhésion du tout. C'est le groupe témoin, on postule qu'ils sont faiblement influencés par la ROSP. L'évolution des pratiques observées dans ce groupe témoigne de l'évolution naturelle des pratiques.

La mesure de l'évolution du taux d'atteinte dans ces deux populations est le critère principal de jugement de notre étude.

3.4.2.2 Comparaison des populations exposées et non exposées.

Tableau 14 : Comparaison de la population de médecins ayant toujours adhéré à la ROSP et celle n'ayant pas toujours adhéré entre 2012 et 2016.

	Médecins ayant toujours adhéré à la ROSP de 2012 à 2016		Médecins n'ayant pas toujours adhéré totalement à la ROSP entre 2012 à 2016		Différence statistique
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Hommes	43	55,8 %	89	68,5%	X ² = 3,331 p = 0,067
Femmes	34	44,2 %	41	31,5%	
Maître de stage universitaire	10	13,0 %	14	10,8%	X ² = 0,23 p = 0,63
Lieu d'exercice : nord (CAP Nord)	17	22,1 %	27	20,8%	X ² = 0,84 p = 0,65
Lieu d'exercice : Centre (CACEM)	33	42,9 %	64	49,2%	
Lieu d'exercice : sud (CAESM)	27	35,1 %	39	30,0%	
Age moyen	58,1 ans		61,3 ans		P = 0,019 *
Patientèle MT moyenne 2016	1 327 Patients		970 Patients		P < 0,001 *
ROSP moyenne 2016	9 849 €		6 097 €		Confusion
Nombre d'acte C et V année 2016	5 802		4 707		P = 0,003 *
ROSP/rémunération à l'acte	6,6 %		4,9 %		Confusion
Total	77	37,2 %	130	62,8 %	

* test de Student

Plus d'un tiers des médecins inclus dans notre étude ont adhéré à la ROSP dès sa mise en place en renseignant l'ensemble des critères déclaratifs demandés chaque année. Ces 77 médecins constituent le groupe que l'on suppose influencé par la ROSP.

130 médecins n'ont pas transmis à la Sécurité Sociale l'ensemble des éléments déclaratifs demandés au cours de la période. Ces médecins constituent le groupe que l'on suppose peu influencé par la ROSP.

On n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes en ce qui concerne le sexe ; le lieu d'exercice et le fait d'être ou pas maître de stage universitaire.

En revanche, les groupes de médecins diffèrent en ce qui concernent l'âge et leur activité. Les médecins répondant aux indicateurs de ROSP déclaratifs sont plus jeunes et ont une activité plus importante.

3.4.2.3 Résultat : critère de jugement principal

Graphique 7 : Atteinte de la ROSP en fonction de l'adhésion à la ROSP, population fixe.

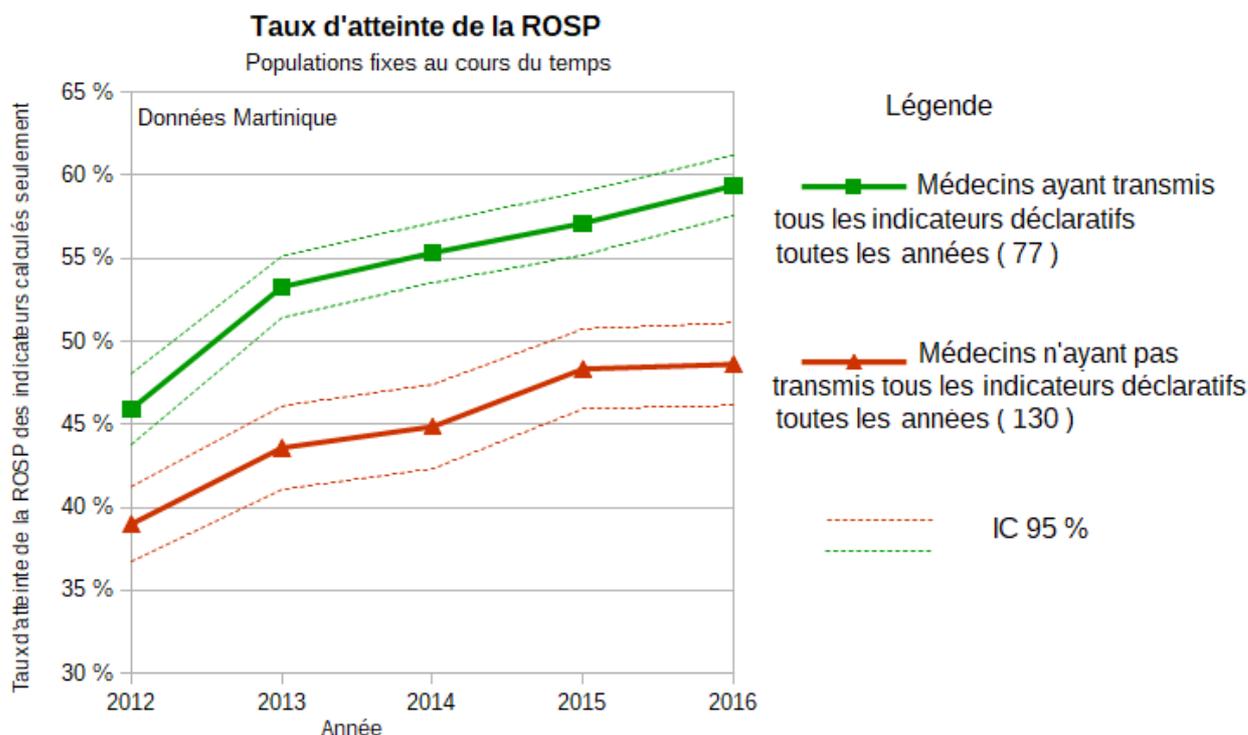


Tableau 15 : Évolution des taux d'atteinte des objectifs chez les médecins ayant toujours adhéré à la ROSP et ceux n'ayant pas toujours ou pas totalement adhéré à la ROSP entre 2012 et 2016.

	Médecins ayant toujours adhéré à la ROSP de 2012 à 2016	Médecins n'ayant pas toujours adhéré totalement à la ROSP entre 2012 à 2016	p-value Student
Taux d'atteinte 2012	45,9 % IC95 [43,8 % - 48,1%]	39,0 % IC95 [36,7 % - 41,3 %]	P < 0,001
Taux d'atteinte 2013	53,3 % IC95 [51,4% - 55,1%]	43,6 % IC95 [41,1 % - 46,1%]	P < 0,001
Taux d'atteinte 2014	55,3 % IC95 [53,5% - 57,1 %]	44,9 % IC95 [42,3 % - 47,4%]	P < 0,001
Taux d'atteinte 2015	57,1 % IC95 [55,2 % - 59,0 %]	48,3 % IC95 [45,9 % - 50,7%]	P < 0,001
Taux d'atteinte 2016	59,4 % IC95 [57,6 % - 61,2%]	48,6 % IC95 [46,1% - 51,1%]	P < 0,001
Critère principal de jugement : Évolution 2012 -2016	+13,4 % IC95 [11,8 % - 15,1%]	+ 9,6 % IC95 [7,8 % -11,4%]	p : 0,005

Les médecins ayant toujours adhéré à la ROSP ont des taux d'atteinte des objectifs ROSP supérieurs aux médecins n'ayant pas toujours ou pas totalement adhéré à la ROSP. Cet écart est d'environ 5 % pour l'année 2012 et il est supérieur à 10 % pour l'année 2016. Les écarts ainsi observés sont statistiquement significatifs, les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchent pas.

L'évolution des pratiques est plus marquée dans la population qui transmet systématiquement les indicateurs déclaratifs. Entre 2012 et 2016 l'atteinte du taux d'objectifs progresse de 13,4 % dans la population qui adhère totalement à la ROSP contre 9,6 % dans la population moins influencée par la ROSP.

La différence observée dans l'évolution du taux d'atteinte est de 3,8 %. Cette différence est statistiquement significative $p = 0,005$.

3.4.2.4 Conclusion de l'analyse principale

L'amélioration observée du taux d'atteinte de la ROSP est bien soumise à certains facteurs de confusion. Dans le groupe qui témoigne de l'évolution naturelle des pratiques, l'amélioration a été de 9,6 % du taux d'atteinte des objectifs.

Toutefois l'effet de la ROSP sur l'évolution des pratiques est réel puisque les médecins qui adhèrent totalement au dispositif ont une amélioration du taux d'atteinte de 3,8 % supérieur à l'évolution naturelle des pratiques ; soit une amélioration relative des pratiques de 39,5 %.

4 Discussions

4.1 Méthodologie de l'étude

4.1.1 Conventonnement avec la Sécurité Sociale

Le bilan de la ROSP que nous avons réalisé adopte une méthodologie singulière par rapport aux thèses habituellement soutenues : nous avons utilisé une base de données existante et fiable, celle de l'Assurance Maladie. L'utilisation de cette base de données a été déterminante pour répondre correctement aux objectifs de l'étude et proposer une analyse quantitative de qualité.

Afin de disposer des données de la ROSP pour l'ensemble des médecins généralistes de Martinique, il a été nécessaire d'établir une convention avec la GCSS de Martinique. L'initiative de la démarche, l'analyse des données recueillies et les conclusions de l'étude ont été faites en totale indépendance, il n'y a pas eu la moindre pression éditoriale de la part de l'Assurance Maladie.

Le recours aux données de l'Assurance Maladie pour la réalisation d'une thèse n'est pas une nouveauté mais reste un phénomène marginal. Dans sa thèse en 2013, Gaëlle PENHOUE-FRANCK a étudié l'impact du paiement à la performance sur la prescription de benzodiazépines en utilisant la base de données de l'Assurance Maladie de la région Pays-de-la-Loire.

4.1.2 La recherche médicale à l'heure du « Big Data »

La singularité de notre étude réside dans la masse considérable de données recueillies et analysées. Pour information la base de données qui a été constituée contient 301 informations par médecins et elle porte sur 291 médecins ce qui représente plus de 80 000 valeurs élémentaires. Cette base de données pléthorique n'aurait pas pu être constituée avec autant de précision sans le recours direct aux bases de données de l'Assurance Maladie.

De part l'abondance des données recueillies, cette thèse présente beaucoup de résultats, peut-être même un peu trop. Les possibilités d'analyse de la base de données n'ont pourtant pas été épuisées. De nombreuses analyses, non présentées dans la thèse car n'ayant pas de lien direct avec la ROSP, ont été faites par simple curiosité. Elles ont produit des résultats intéressants qui auraient pu faire l'objet d'une recherche spécifique. Par exemple, la répartition des logiciels métier en Martinique, l'étude des caractéristiques des patientèles des médecins (taille, âge, taux ALD, taux de CMU), ...

Les quelques dizaines de milliers d'informations de ma base de données sont loin de rentrer dans le champ de ce que l'on appelle le Big Data. Cependant lors de ma visite au pôle pilotage et résultats de la CGSS de Martinique, j'ai été frappé sur la finesse et le détail des informations enregistrées sur chaque assuré et chaque professionnel de santé. Bien que la collecte de ces données puisse être perçue comme une menace pour les libertés individuelles par certains, je pense qu'utilisées à bon escient elles pourraient constituer une véritable mine d'or pour la recherche médicale en créant une cohorte nationale où tous les événements liés aux soins y sont renseignés : hospitalisation, consultation, prescription, ... D'une manière plus générale je pense qu'il est essentiel que la recherche médicale évolue pour exploiter au mieux le « Big Data ». J'ai tenté à mon échelle de m'inscrire dans cette démarche.

4.1.3 Critique de la méthodologie de l'analyse principale

Afin de mesurer l'effet propre de la ROSP, il aurait été méthodologiquement préférable de disposer de deux groupes : l'un soumis à la ROSP et l'autre exclus du dispositif. Une analyse de ce type a pu être effectuée avec la CAPI (5) puisque l'adhésion volontaire n'a concerné qu'une partie des médecins. Comme la ROSP s'applique à tous de manière tacite sauf à ceux qui manifestent leur refus auprès de la CNAM cette distinction nette n'a pas été possible. Au niveau national, seuls 2,8 % des médecins généralistes ont refusé la ROSP (17). Si l'étude avait été menée au niveau national les 2,8 % de médecins ayant refusé la ROSP aurait été suffisamment nombreux pour constituer un groupe témoin presque représentatif. (Les calculs statistiques nécessaires à la ROSP sont quand même faits pour les médecins qui ont refusé le dispositif). En Martinique, il n'y a qu'un seul médecin généraliste qui s'est manifesté pour signaler son refus du dispositif, ce qui n'est pas suffisant pour constituer un groupe témoin.

L'utilisation de la transmission d'indicateurs déclaratifs comme marqueur de l'adhésion et d'influence à la ROSP est critiquable car imparfait. Il nous semble cependant rester pertinent, il témoigne d'un intérêt minimal du médecin à la ROSP.

A la phase initiale du projet, il était prévu d'utiliser comme groupe témoins les médecins n'ayant jamais déclaré aucun indicateur ROSP sur les 5 ans. Le choix de ce groupe témoin aurait permis de constituer un groupe non influencé par la ROSP de manière plus évidente. Seuls 12 médecins sur les 207 médecins inclus répondaient à ce critère restrictif. L'analyse effectuée avec ce groupe témoin conduisait à un écart plus grand (- 5,4 % d'évolution du taux d'atteinte entre 2016 et 2012 par rapport au groupe exposé) mais non significatif compte tenu du faible effectif.

L'idée de prendre comme groupe témoin l'ensemble des médecins qui ne répondaient pas aux critères pour être inclus dans le groupe exposé est venu secondairement. Cette méthodologie a pour avantage d'être moins restrictive et plus représentative. En revanche, elle a pour effet d'atténuer la différence entre les deux groupes puisqu'un médecin ayant adhéré et influencé par la ROSP 4 années sur 5 a été classé comme témoin. Bien que la différence de l'évolution des pratiques entre les deux groupes de notre étude ait été minorée par ce biais de classement, les conclusions de notre étude ne sont pas affectées en profondeur puisque l'on retrouve quand même une différence significative entre les groupes.

4.2 Résultat de l'étude

Les résultats de l'étude ont été synthétisés, puis classés entre résultats conformes à ce qui était attendu et ce qui était plutôt surprenant.

4.2.1 Bilan global

L'évaluation de la ROSP en Martinique montre que le dispositif a partiellement atteint ses objectifs. Le premier constat de réussite est l'acceptation du dispositif par les médecins. L'analyse principale conclut que l'adhésion des médecins au dispositif se traduit par une amélioration plus importante des pratiques. Le Paiement à la Performance marche aussi dans le domaine de la santé. La ROSP a contribué à l'amélioration de l'équipement informatique des cabinets médicaux et a encouragé la prescription de génériques. En revanche, la ROSP n'a pas su démontrer sa capacité à améliorer la qualité des soins ou du suivi médical.

4.2.2 Résultats attendus

4.2.2.1 Bilan global conforme à celui national ...

La population des médecins généralistes de Martinique de notre étude est conforme à celle décrite dans l'atlas de la démographie médicale du CNOM(25). Cette population est relativement âgée, majoritairement masculine et a une activité importante de l'ordre de 5000 actes par an.

La ROSP a su convaincre les médecins de son utilité puisque, au fil des années, de plus en plus de médecins ont déclaré les indicateurs déclaratifs. Elle constitue un bonus annuel équivalent à 5,6 % de la rémunération à l'acte traditionnelle.

L'évolution et le niveau d'atteinte de la ROSP en Martinique sont conformes au bilan national établi par la CNAMTS(16) avec toutefois des niveaux d'atteinte plus faibles. L'évolution des indicateurs a connu une progression générale de l'ordre de 15 % avec une augmentation plus forte les trois premières années.

4.2.2.2 Avec quelques particularités locales

L'offre de soin étant plus faible en Martinique qu'au niveau national (25), il n'est pas surprenant de constater que la qualité du suivi des patients est moins bonne en Martinique. Les niveaux d'atteinte des objectifs ROSP de Martinique ne sont pas catastrophiques pour autant : le niveau atteint en Martinique en 2016 correspond au niveau national de 2013.

Certains écarts importants entre la France et la Martinique s'expliquent aisément. Il s'agit notamment de la moindre prescription d'IEC par rapport aux sartans en Martinique. Les IEC étant réputés de moindre efficacité chez les sujets noirs. (26). La faible densité médicale pourrait également expliquer le taux faible de iatrogénie en Martinique, ainsi que l'usage plus fréquent de pharmacopée traditionnelle.

4.2.2.3 Oui, l'argent modifie les pratiques.

L'analyse principale de l'étude confirme que l'évolution des pratiques observée sur la période est bien due à la mise en place de la ROSP : Le P4P est à même de faire changer les pratiques.

4.2.3 Résultats plutôt inattendus

4.2.3.1 Vaccination anti-grippale

Les valeurs de certains indicateurs sont alarmants. Le niveau de la couverture vaccinale anti-grippale des sujets âgés est bien plus faible en Martinique (16,8 %) qu'au niveau national (52,7 %). Malgré un risque de pandémie réel (20 690 cas estimés lors de l'épidémie de 2015 (27)), celui-ci doit être mal perçu par la population et les professionnels de santé. Même l'année suivant cette épidémie le taux de vaccination a continué de chuter. Des actions de santé publique spécifiques devraient être conduites.

4.2.3.2 L'utopie des indicateurs déclaratifs

Les indicateurs déclaratifs de suivi de diabète et de l'HTA ne sont pas soumis à justification de la part des médecins. Ils doivent juste renseigner les valeurs -en toute bonne foi- et la CNAM les valide sans contrôle.

Renseigner correctement ces valeurs est un véritable sacerdoce pour les médecins puisqu'ils doivent tenir à jour des statistiques sur tous leurs patients. La plupart des logiciels métier proposent cette fonction mais cela nécessite quand même de renseigner leur valeur dans le formulaire approprié pour chaque patient ce qui est chronophage.

Atteindre les objectifs fixés pour ces 5 indicateurs cliniques rapporte 1 € par patient. Les valeurs transmises par les médecins à la CNAM sont improbables : elles sont trop bonnes. Il est probable que la plupart des médecins n'aient pas tenté de réaliser ce travail statistique sur leur patientèle et qu'ils aient transmis des estimations avantageuses pour ces indicateurs.

L'inexactitude des déclarations transmises a bien été perçue par les pouvoirs publics puisque dans la ROSP n°2, issue des négociations conventionnelles de 2016, les indicateurs déclaratifs ont été modifiés.

4.2.3.3 ROSP et taille de la patientèle

La rémunération versée au titre de la ROSP des médecins de Martinique est supérieure à celle de la moyenne nationale (+ 500 €) alors même que le niveau d'atteinte est plus faible (- 10 %). Cette différence de rémunération s'explique car les patientèles des médecins de Martinique sont plus importantes. Ce paradoxe nous a conduit à rechercher ce qui de la taille de la patientèle ou du niveau d'atteinte de la ROSP était le plus déterminant pour le montant de la ROSP.

La formule de calcul du montant de la ROSP prévoit que 24 indicateurs sur les 29 soient pondérés par la taille de la patientèle. Cela induit une relation de quasi-proportionnalité entre la rémunération ROSP et la taille de la patientèle presque indépendamment du niveau d'atteinte des pratiques. La ROSP semble se comporter comme un forfait patient de 6,5 € par patient. Ce comportement dénature un peu l'esprit initial du dispositif de P4P.

4.2.3.4 Bilan mitigé au niveau de la population

L'analyse de l'évolution des indicateurs montre des fluctuations hétérogènes : certains indicateurs s'améliorent tandis que d'autres se dégradent. L'amélioration du taux global de la ROSP ne traduit pas une nette amélioration de la prise en charge des patients. Cela s'explique car le poids accordé aux indicateurs portant sur le suivi des maladies chroniques et la prévention est faible (500 points) comparée à ceux portant sur l'équipement informatique et la prescription en générique (800 points).

La ROSP est un paiement à la performance essentiellement portée sur l'équipement informatique et une incitation à la prescription en générique plutôt qu'un paiement à la performance sur la qualité des soins ou le suivi des patients.

4.2.3.5 Le P4P ça marche, oui, mais pas beaucoup.

Dans notre analyse principale, la différence constatée entre les groupes est statistiquement significative mais reste faible : + 3,8 % entre les deux groupes soit une amélioration relative de 39,5 %. Nous avons déjà discuté de la constitution des deux groupes qui n'a pas été faite de la manière la plus favorable à la mise en évidence d'un écart.

L'évaluation de la CAPI (5) à deux ans avait mis en évidence des écarts significatifs de +5 % sur quelques indicateurs entre les médecins signataires et non-signataires. En moyenne l'écart sur l'ensemble des indicateurs n'était que de 2,2 %. L'évaluation de la CAPI qui conclut à des résultats très significatifs a été à l'origine même du déploiement de la ROSP.

Il conviendrait d'avoir un regard plus nuancé sur les résultats propres des dispositifs de P4P comme la ROSP. Une progression de 3,8 % en 5 ans est peu de chose face à l'évolution annuelle de +2 % liée à l'amélioration spontanée des pratiques médicales.

On pourra quand même s'interroger sur le faible impact de l'effet propre de la ROSP sur l'amélioration des pratiques.

4.2.4 Résultats de notre étude par rapport aux autres thèses soutenues

Fabien Martini (19) s'est intéressé à l'influence de la ROSP sur le dépistage du cancers du sein et du col de l'utérus dans la région nord-pas-de calais. Il conclut que l'introduction de la ROSP n'a pas été suivie de modification des taux de dépistage. Nous faisons le même constat dans notre étude. De plus, il a retrouvé qu'il existait une corrélation significative entre l'âge du médecin et le taux de dépistage des mammographies et des frottis. Si on reproduit l'analyse avec les données de notre étude (non présentée dans la partie résultat), on retrouve bien une corrélation entre l'âge des médecin et le taux de dépistage du cancer du sein. Cependant avec nos données la corrélation n'est pas statistiquement significative.

Gaëlle Penhouet (20) s'est intéressée à l'impact de la ROSP sur la prescription de benzodiazépine dans la région Pays de la Loire. Elle retrouvait une augmentation de la prescription de BZD sur une durée supérieure à 12 semaines et un recours plus fréquent aux

molécules à 1/2 vie courte depuis la mise en place de la ROSP. Nous retrouvons les mêmes résultats dans notre étude avec toutefois des écarts plus faibles.

Coline Taddei (22) s'est intéressée à l'influence de la ROSP sur l'évolution de l'HbA1c chez les diabétiques de type II en région Nord-Pas-de-Calais. Elle retrouve une augmentation des valeurs d'HbA1c depuis la mise en place de la ROSP. Dans notre étude, les valeurs sont plutôt à la baisse mais il s'agit des données déclaratives transmises par les médecins généralistes dont on a discuté de la validité. Le schéma d'étude de Taddei semble plus pertinent pour répondre à la question.

Yasmina Khittouche-el Akrouit (21) s'est intéressée à l'impact de la ROSP sur le nombre de dosages annuels de l'HbA1c chez les patients diabétiques pour 8 médecins installés dans la Marne. Dans son étude, la mise en place de la ROSP s'était traduite par une augmentation du nombre de dosages annuels de l'HbA1c. Nous faisons un constat similaire.

Carine Chho (28) s'est intéressée aux changements comportementaux induits par la ROSP auprès des médecins membres de la SFMG. Les résultats de sa thèse montrent que la ROSP était à même d'inciter les médecins à s'équiper d'un logiciel ROSP compatible et à baisser la prescription de vasodilatateurs, de BZD et d'antibiotiques. Les résultats de notre étude vont dans le même sens. Elle a également montré que la ROSP incitait les médecins à optimiser leur activité de prévention. Nous obtenons des résultats opposés dans notre étude où les actes de prévention sont en recul.

Lanja Andriantsehenoharinala (8) a publié une thèse qui a eu un fort impact médiatique sur les médecins ayant refusé la ROSP. Les médecins de son étude réfutaient les résultats attendus : « *il n'y aura ni amélioration des pratiques, ni amélioration de la santé individuelle ou de la santé publique, ni d'économies sur les dépenses de santé* ». Concernant l'amélioration de la santé individuelle, notre étude leur donne raison. Notre étude ne permet pas de dire s'il y a eu un impact positif en termes d'économie budgétaire mais à la vue des indicateurs portant sur l'efficacité des prescriptions, c'est une chose probable.

Stéphane Cousin (11) s'est intéressé par questionnaires aux positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la ROSP. Sur les 109 réponses qu'il a exploitées dans son étude, 47 % des médecins trouvaient le système de calcul injuste. L'analyse faite dans notre étude sur le comportement de la ROSP comme une prime de 6,5€ par patient va dans ce sens. Comme dans la thèse de Andriantsehenoharinala, il a retrouvé que 51,4 % des médecins ne croyaient pas à un impact positif de la ROSP sur la qualité des soins. Enfin 78 % des médecins trouvaient la prime trop faible pour changer leurs pratiques. Le même constat a également été fait par Chho dans son étude. Un tiers des médecins estimaient que la ROSP devait représenter entre 15 et 30 % du chiffre d'affaires pour être à même de changer les pratiques. En Martinique la ROSP ne représente que 5,6 % du chiffre d'affaires.

4.3 Enseignement, perspective

4.3.1 Modifications apportées à la ROSP au cours des dernières négociations conventionnelles

La ROSP a connu des modifications importantes lors des négociations conventionnelles de 2016. La plupart des résultats de cette thèse sont certainement en harmonie avec les observations faites au niveau national car la refonte de la ROSP tend à corriger les travers détectés.

Le volet portant sur l'organisation du cabinet a été exclu de la ROSP pour constituer une rémunération à part : le forfait structure. La facilité pour les médecins à remplir ces indicateurs avait été signalée par la Cours des Comptes (17) qui jugeait la récompense supérieure à l'effort.

Les indicateurs déclaratifs ont été entièrement changés. Aucune mesure de vérification des données n'a été mise en place mais le nombre de points qui leur sont attribués a été diminué. Dans la nouvelle ROSP on pourrait qualifier ces indicateurs de « bonus pense-bête » (*n'oubliez pas de parler de l'arrêt du tabac et de l'alcool à vos patients*).

De nouveaux indicateurs sont apparus et les objectifs des anciens indicateurs ont été ajustés. La ROSP s'est globalement étoffée au cours des négociations conventionnelles.

4.3.2 Corollaire de l'analyse principale : payer ceux qui ne s'y intéressent pas ?

Nous avons montré dans notre analyse principale que la ROSP marchait mieux chez les médecins qui adhéraient au dispositif et renseignaient tous leurs indicateurs déclaratifs. Le corollaire de cette démonstration est que la ROSP ne marche pas chez les médecins qui ne s'y intéressent pas et ne prennent pas le temps de renseigner tous leurs indicateurs déclaratifs. Dès lors, on peut s'interroger sur la pertinence de délivrer une prime à quelqu'un qui ne s'intéresse pas au dispositif. L'adhésion tacite des médecins à la ROSP a été un choix qui a permis le déploiement du dispositif. Maintenant que celui-ci est en place, un effort minimal de renseignement des indicateurs déclaratifs pourrait être exigé pour percevoir la ROSP.

4.3.3 ROSP et forfait patient : double emploi ?

Nous avons montré que, dans les faits, la ROSP se comporte comme une prime de 6,5 € par patient. Cela est dû à la formule de calcul qui pondère les résultats par la taille de la patientèle sur 800. La nouvelle ROSP reprend ce même mode de calcul et il y a fort à parier qu'elle va se comporter de la même manière.

Une rémunération forfaitaire par patient n'est pas quelque chose de malsain ou gênant. Cela existe déjà : c'est le « forfait-patientèle »(29). Cette rémunération attribuée au médecin de 5 € à 70 € par an et par patient en fonction de leur âge et de leur pathologie. De part les montants alloués la rémunération du « forfait patientèle » va probablement rapporter plus au médecin que la ROSP.

Ces deux modes de rémunérations complémentaires sont assez proches : la ROSP est un forfait patient conditionnel. On pourrait alors se poser la question de la fusion des deux dispositifs à la faveur du dispositif de P4P. Intégrer les sommes allouées au « forfait-patientèle » à la ROSP parviendrait à faire de la ROSP un bonus supérieur à 10 % de la rémunération à l'acte traditionnel. Une telle somme serait plus susceptible de faire évoluer les pratiques.

Bibliographie

1. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability. Open University Press ; 2014. 338 p.
2. BRAS L, DUHAMEL G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Rapport de l'Inspection Générale Des Affaires Sociales; 2008. 65 p.
3. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. 2000
4. VAN ROEKEGHEM F. Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés.
5. ULMANN P. La rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale. Séminaire Les modes incitatifs de rémunération des soins; 2011
6. Légifrance. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Texte législatif.
7. TOUSSAINTS S. Évaluation de l'adhésion des médecins généralistes libéraux picards à la rémunération sur objectifs de santé publique. Etude auprès de 500 médecins généralistes libéraux picards. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne; 2013, 68p.
8. ANDRIANTSEHENOHARINALA L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de sante publique (ROSP)/ paiement a la performance (P4P) : Une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2014, 210 p.
9. LAURENT F. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ? Thèse de médecine. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013. 154 p.
10. PARASKEVOV P. Le ressenti des médecins généralistes face au paiement a la performance. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2012, 105p.
11. COUSIN S. Les positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Thèse de médecine. Université de Lille, France; 2014.
12. POIRSON F. Les futurs médecins généralistes et le paiement à la performance: une étude nationale auprès des internes de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013.
13. LEFEVRE P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique ? Rouen; 110apr. J.-C. Thèse de médecine. Université de Rouen; 2014.

14. ROY K. Le Paiement à la Performance (P4P) : Quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce nouveau mode de rémunération? Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2012.
15. FERRY Magali. Pertinence médicale (qualité des soins) et pertinence pratique (faisabilité) de 18 des 29 indicateurs de la rémunération à la performance : revue de la littérature et étude comparative entre deux groupes de médecins généralistes. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie Paris VI; 2014, 151 p.
16. CNAMTS, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. La rémunération sur objectifs de santé publique, bilan annuel. Dossiers de presse. 2012 à 2017.
17. Cours des comptes. Les relations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professions libérales de santé. Rapport. 2014
18. SAINT-LARY O. Paiement à la performance et soins primaires: étude des tensions éthiques liées à son introduction. Thèse de médecine. Université Paris Descartes; 2014. 210 p.
19. MARTINI F. Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin : Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université de Lille; 2014. 61 p.
20. PENHOUE-FRANCK G. Impact du paiement à la performance sur la prescription de benzodiazépines: étude avant-après exploitant la base de données de l'Assurance Maladie de la région Pays-de-la-Loire. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2013. 70 p.
21. KHITTOUCH-EL AKROUTE Y. Impact de la rémunération sur objectifs de santé publique sur le nombre annuel de dosage de l'hémoglobine A glycosylée en médecine générale entre 2011 et 2012. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
22. TADDEÏ C. Influence de la rémunération sur objectifs de santé publique sur l'évolution de l'hémoglobine glyquée de patients diabétiques de type 2, de l'année 2011 à 2012: étude descriptive chez dix médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2015. 74 p.
23. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2016 [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
24. A. ATALLAH, V. ATALLAH, J.-L. DAIGRE, J.-L. BOISSIN, P. KANGAMBEGA, L. LARIFLA, J. INAMO. Hypertension artérielle et obésité : disparités entre quatre régions d'Outre-mer. Annales de cardiologie et d'angéiologie. 2014
25. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2016.
26. AMAH G, LÉVY BI. Particularités de l'hypertension artérielle du sujet noir-africain. Sang Thromb Vaiss. 2007;19(10):519–525.
27. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Situation épidémiologique de la grippe en Martinique. Point au 23 avril 2015.
28. CHHO. Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Thèse de médecine. Université de Paris XI; 2015.

29. L'assurance Maladie. Convention 2016 - Rémunération au forfait. [En ligne]
<http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/remuneration-au-forfait/>

Annexes

Annexe 1 : Liste des indicateurs ROSP

Volet organisation du cabinet

Intitulé	Points	déclaratif
Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75	Oui (justificatif)
Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50	Oui (justificatif)
Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75	non
Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150	Oui (justificatif)
Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50	Oui (justificatif)

Volet suivi des pathologies chroniques :

Intitulé	Point	Déclaratif	Objectif cible	Objectif intermédiaire
Nombre de dosages de l'HbA1c entre 3 et 6 /an	30	non	> 65 %	> 54 %
Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5 %	15	oui	> 90 %	> 80 %
Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %	25	oui	> 80 %	> 60 %
Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l	10	oui	> 90 %	> 80 %
Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l	25	oui	> 80 %	> 65 %
Surveillance ophtalmologique (fond d'oeil) tous les deux ans	35	non	> 80 %	> 68 %
Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine	35	non	> 75 %	> 65 %
Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35	non	> 65 %	> 52 %
Résultats de la mesure de la pression artérielle < 140/90	40	oui	> 60 %	> 50 %

Volet prévention et de santé publique

Intitulé	Point	Objectif cible	Objectif intermédiaire
Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20	> 75 %	> 62 %
Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20	> 75 %	> 62 %
Dépistage du cancer du sein	35	> 80 %	> 70 %
Dépistage cancer du col de l'utérus	35	> 80 %	> 65 %
Vasodilatateurs	35	< 5 %	< 7 %
Benzodiazépines à demi-vie longue	35	< 5 %	< 11 %
Durée de la prescription des benzodiazépines	35	< 12 %	< 13 %
Usage pertinent de l'antibiothérapie	35	< 37 %	< 40 %

Volet efficience

Intitulé	Point	Objectif cible	Objectif intermédiaire
Prescriptions dans le répertoire d'antibiotique	60	> 90 %	> 85 %
Prescriptions dans le répertoire d'inhibiteurs de la pompe à protons	60	> 85 %	> 68 %
Prescriptions dans le répertoire de statines	60	> 70 %	> 46 %
Prescriptions dans le répertoire d'antihypertenseurs	55	> 65 %	> 64 %
Prescriptions dans le répertoire d'antidépresseurs	55	> 80 %	> 75 %
Ratio IEC/IEC + sartans	55	> 65 %	> 45 %
Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55	> 85 %	> 84 %

**CONVENTION SIGNÉE ENTRE
LA DIRECTION RÉGIONALE
DU SERVICE MÉDICAL MARTINIQUE,
ET LA FACULTÉ DE MÉDECINE DES ANTILLES**

Entre :

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DES ANTILLES

Représentée par :

Monsieur **Olivier SOUSSAIN** - étudiant en médecine,
Le Professeur **Jeannie HELEN-PELAGE** - présidente du jury

ET

LA DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL (DRSM)

Dont le siège social est situé au ZAC de Étang Z'Abriots FORT-DE-FRANCE

Représentée par :

Monsieur le Dr **Jacques MALROUX** - Directeur Régional
Monsieur le Dr **Alain KOSTINE** - le Médecin Conseil Chef de Service à la
DRSM - Directeur de thèse

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Contributions des partenaires

La Direction régionale du service médical MARTINIQUE produit, à partir du système d'information de l'assurance maladie, les données relatives aux

- Données patients
- Données praticien

La Direction Régionale du Service Médical de la région MARTINIQUE autorise Mr Olivier SOUSSAIN à utiliser les données nécessaires à la réalisation de sa thèse. Il s'engage à ce que ces données ne contiennent ni le NIR, ni le nom, ni le prénom de la personne et ne permettent pas de l'identifier.

Pour ce faire, Mr Olivier SOUSSAIN aura accès uniquement à Bo performance.

La DRSM Martinique met à sa disposition un local dédié, ainsi qu'un ordinateur qui ne devra pas sortir des locaux.

Article 2 : Définition de l'étude

Il s'agit d'étudier « l'adhésion à la ROSP des médecins généralistes libéraux en Martinique et l'incidence sur l'évolution des pratiques ».

Article 3 : propriété et utilisation du résultat des travaux

Les dispositions de cet article sont régies par le Code de la Propriété intellectuelle. L'Assurance Maladie détient tous les droits de propriété sur les données fournies.

Etudes et résultats :

Les études et résultats doivent être publiés sous les noms de la DRSM Martinique. Les résultats de l'exploitation ainsi que le rapport final d'étude devront être communiqués à la DRSM avant leur diffusion de manière à ce que la DRSM puisse contrôler la validité de l'exploitation des données fournies. Les tiers sont informés que les organismes sont titulaires des droits d'auteur sur l'œuvre collective.

Article 4 : durée de la convention

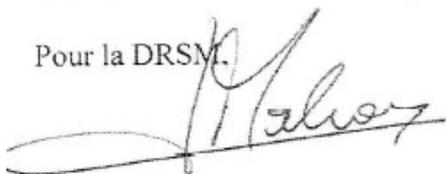
La présente convention est conclue pour une durée de un an à compter de la date de signature. Elle pourra être prolongée par voie d'avenant, qui précisera notamment les modalités et la durée de cette prolongation.

Article 5 : résiliation

La résiliation devra se faire par envoi d'un courrier avec accusé de réception de l'une des parties, afin de mettre un terme au partenariat.

Fait à Fort-de-France, le
Convention établie en 3 exemplaires originaux,

Pour la DRSM,



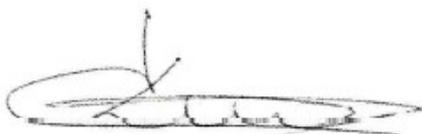
Le Directeur Régional
du Service Médical

Dr Jacques MALROUX

Pour la Faculté de Médecine des Antilles

Coordonnatrice de Médecine Générale CHU
de la Guadeloupe

Pr Jeannie HELEN-PELAGE



Le MCCS,

Dr Alain KOSTINE



L'étudiant,

Mr Olivier SOUSSAIN



Annexe 3 : Récépissé de la CNIL de déclaration de traitement de données à caractère personnel



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1934109 v 1

du 29-03-2016

Monsieur SOUSSAIN Olivier
UNIVERSITE ANTILLES GUYANE - FACULTE DE
MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD
CAMPUS DE FOUILLOLE / CRI.G
97159 POINTE A PITRE CEDEX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant	
Nom : UNIVERSITE ANTILLES GUYANE - FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD	N° SIREN ou SIRET : 199715855 00011
Service :	Code NAF ou APE : 8542Z
Adresse : CAMPUS DE FOUILLOLE / CRI.G	Tél. : 0590489000
Code postal : 97159	Fax. :
Ville : POINTE A PITRE CEDEX	

Traitement déclaré
Finalité : THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE : LA MISE EN PLACE DE LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ANTILLES- GUYANE : ÉTAT DES LIEUX À 4 ANS DU DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF, MESURE DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES, FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES INFLUENÇANT LE SUCCÈS DU DISPOSITIF.
Motif de la modification : requalification

Fait à Paris, le 29-03-2016
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 4 : Déclaration de Genève

*Adoptée par la 2^e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale Genève (Suisse),
Septembre 1948*

et amendée par la 22^e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968

et la 35^e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983

et la 46^e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994

et révisée par la 170^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005

et par la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006

et amendée par la 68^{ème} Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

Le Serment du médecin

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

Résumé

Introduction : La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est un dispositif de Paiement à la Performance (P4P) qui a été instauré en 2012 qui concerne prioritairement les médecins généralistes. Les bilans annuels nationaux de la ROSP révèlent « une amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins » avec toutefois une hétérogénéité dans l'atteinte des objectifs et de grandes disparités régionales. Les objectifs de notre étude sont multiples : Réaliser le bilan de la ROSP de 2012 à 2016 **en Martinique** et établir une comparaison avec le niveau national. Identifier au niveau de la population martiniquaise la traduction clinique d'une évolution des pratiques. **L'analyse principale vise à définir si l'évolution des pratiques observées sur la période est l'effet propre de la ROSP ou est due à de facteurs de confusion, une évolution naturelle des pratiques.**

Matériel et méthode : Les données de ROSP de tous les médecins de Martinique ont été obtenues directement en utilisant un logiciel interne de la Sécurité Sociale « BO perf ». Plusieurs analyses ont été réalisées avec des méthodologies différentes. Les analyses portant sur le taux d'atteinte de la ROSP ont nécessité l'usage du critère d'exclusion suivant : patientèle inférieure à 150 patients en 2012. **L'analyse principale est une étude de cohorte rétrospective de type exposé/non exposé ou le facteur d'exposition est le fait d'avoir toujours renseigné tous les indicateurs déclaratifs de la ROSP. Ceci est considéré comme une forte adhésion au dispositif. Le critère principal de jugement est l'évolution du taux d'atteinte de la ROSP entre 2016 et 2012.**

Résultats : 207 médecins ont été inclus dans l'étude soit 71 % des médecins généralistes de l'île. L'évolution des indicateurs de la ROSP en Martinique est semblable à l'évolution constatée au niveau national avec toutefois un niveau initial plus faible et une croissance moins forte sur la période. En 2016, 91,9 % des médecins ont transmis au moins un indicateur déclaratif contre 73,9 % en 2012. Ceci témoigne d'une adhésion croissante des médecins au dispositif.

L'amélioration du taux d'atteinte de la ROSP ne se traduit pas par une amélioration univoque de la prise en charge des patients pour le suivi des maladies chroniques et la prévention.

De part sa formule de calcul, la ROSP semble se comporter comme un forfait de 6,5€ par patient.

L'analyse principale a permis de mettre en évidence que la ROSP a un effet incitatif indépendant de facteur confusion. L'évolution du taux d'atteinte entre 2012 et 2016 des médecins fortement influencés par la ROSP est supérieur à celle des médecins faiblement influencés par la ROSP. L'évolution dans le groupe exposé est de + 13,4 % IC95[11,8 %-15,1 %] contre + 9,6 % [7,8 %-11,4 %] dans le groupe non exposé p = 0,005.

Conclusions : L'évolution des pratiques observée entre 2012 et 2016 est en partie liée à ROSP. Le niveau d'atteinte des objectifs de la ROSP en Martinique est plus faible que le niveau national. La ROSP n'est pas totalement parvenue à ses objectifs pour la prise en charge des patients chroniques et l'amélioration de la prévention.

NOM ET PRENOM : SOUSSAIN Olivier

SUJET DE LA THSE : La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : ça marche ?

Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique.

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2018

Introduction : La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est un dispositif de Paiement à la Performance (P4P) qui a été instauré en 2012 qui concerne prioritairement les médecins généralistes. Les bilans annuels nationaux de la ROSP révèlent « une amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins » avec toutefois une hétérogénéité dans l'atteinte des objectifs et de grandes disparités régionales. Les objectifs de notre étude sont multiples : Réaliser le bilan de la ROSP de 2012 à 2016 en Martinique et établir une comparaison avec le niveau national. Identifier au niveau de la population martiniquaise la traduction clinique d'une évolution des pratiques. L'analyse principale vise à définir si l'évolution des pratiques observées sur la période est l'effet propre de la ROSP ou est due à de facteurs de confusion, une évolution naturelle des pratiques.

Matériel et méthodes : Les données de ROSP de tous les médecins de Martinique ont été obtenues directement en utilisant un logiciel interne de la Sécurité Sociale « BO perf ». Plusieurs analyses ont été réalisées avec des méthodologies différentes. Les analyses portant sur le taux d'atteinte de la ROSP ont nécessité l'usage du critère d'exclusion suivant : patientèle inférieure à 150 patients en 2012. L'analyse principale est une étude de cohorte rétrospective de type exposé/non exposé ou le facteur d'exposition est le fait d'avoir toujours renseigné tous les indicateurs déclaratifs de la ROSP. Ceci est considéré comme une forte adhésion au dispositif. Le critère principal de jugement est l'évolution du taux d'atteinte de la ROSP entre 2016 et 2012.

Résultats : 207 médecins ont été inclus dans l'étude soit 71 % des médecins généralistes de l'île. L'évolution des indicateurs de la ROSP en Martinique est semblable à l'évolution constatée au niveau national avec toutefois un niveau initial plus faible et une croissance moins forte sur la période. En 2016, 91,9 % des médecins ont transmis au moins un indicateur déclaratif contre 73,9 % en 2012. Ceci témoigne d'une adhésion croissante des médecins au dispositif. L'amélioration du taux d'atteinte de la ROSP ne se traduit pas par une amélioration univoque de la prise en charge des patients pour le suivi des maladies chronique et la prévention. De part sa formule de calcul, la ROSP semble se comporter comme un forfait de 6,5€ par patient. L'analyse principale a permis de mettre en évidence que la ROSP a un effet incitatif indépendamment de facteur confusion. L'évolution du taux d'atteinte entre 2012 et 2016 des médecins fortement influencés par la ROSP est supérieur à celle des médecins faiblement influencés par la ROSP. L'évolution dans le groupe exposé est de + 13,4 % IC95[11,8 %-15,1 %] contre + 9,6 % [7,8 %-11,4 %] dans le groupe non exposé $p = 0,005$.

Conclusions : L'évolution des pratiques observée entre 2012 et 2016 est en partie liée à ROSP. Le niveau d'atteinte des objectifs de la ROSP en Martinique est plus faible que le niveau national. La ROSP n'est pas totalement parvenue à ses objectifs pour la prise en charge des patients chroniques et l'amélioration de la prévention.

JURY

Présidente : Pr Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Juge : Dr Jacques MALROUX

Juge : Pr Vincent MOLINIÉ

Juge : Pr Pierre-André UZEL

Directeur : Dr Alain KOSTINE